

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1964 — N° 141

L'INTOXICATION AIGUË VOLONTAIRE

(QUELQUES ASPECTS MÉDICO-SOCIAUX
D'APRÈS 1000 OBSERVATIONS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques VEDRINNE

Né le 22 Mai 1934, à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

—
1965

L'INTOXICATION AIGUË VOLONTAIRE

(QUELQUES ASPECTS MÉDICO-SOCIAUX
D'APRÈS 1000 OBSERVATIONS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques VEDRINNE

Né le 22 Mai 1934, à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1965

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.
Doyen M. J.-F. CIER.
Assesseurs MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET,
HERMANN, ROCHET, POLLOSSON.

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT.	Clinique chirurgicale or- thopédique et trauma- tologique	MM. CREYSSEL.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Bey- routh).	Clinique carcinologique ..	DARGENT.
Clinique neuro-psychiatri- que et hygiène mentale	DECHAUME.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Chimie organique et toxi- cologie	CHAMBON.	Pathologie générale et ex- périmentale	GIRARD Paul.
Clinique chirurgicale P ..	WERTHEIMER.	Anatomie	LATARJET.
Clinique médicale B	PAUPERT- RAVAULT.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT	Clinique médicale D	GIRARD Marcel
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Chimie biologique et médi- cale	ENSELME.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Radiologie	PAPILLON.
Pharmacie galénique	REVOL.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge ..	JEUNE.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
Médecine du travail	BOURRET.	Bactériologie	MONNET.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Physiologie B	CHATONNET.
Botanique et cryptogamie .	NETIEN.	Clinique endocrinologique .	GUINET.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Clinique de chirurgie ortho- pédique	TRILLAT
Chimie analytique phar- maceutique	BADINAND.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	FREIDEL
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Matière médicale et légis- lation pharmaceutique .	MARION
Médecine légale et déon- tologie	ROCHE.	Histologie et embryologie .	Josep
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Chimie	DORCHE.
Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie et d'audio-pho- nologie	MOUNIER- KUHN.	Physiologie A	DUMONT Louis
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .	PERROT.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et aller- gologie	THIERS.	Clinique de chirurgie car- diaque	CIER J.-F.
Clinique de pneumo-phti- siologie	BRUN.	Clinique des maladies in- fectieuses	PERRIN J.
		Biologie médicale et phar- macodynamie	MICHAUD Pierre
		Clinique gynécologique ..	X...
		Thérapeutique	X...
			X...
			X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Neuro-chirurgie	MANSUY.
Chimie générale et pharmaceutique	COLLET.
Clinique de pédiatrie et puériculture	SARROUY.
Hygiène et climatologie	LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS.
Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Médecine générale	REVOL.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.
Pharmacie chimique et Pharmacologie	CIER André.
Médecine générale	PONT Maurice.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.
Botanique et cryptogamie	ODDOUX.
Chimie analytique	de SOLLIERS.
Médecine générale	DESPIERRES.
Médecine du travail	TOLOT.
Parasitologie	GARIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSSEL Roger.	Anesthésiologie	MM. MICHEL.
Hygiène	THIVOLET.	Pédiatrie et puériculture .	FRANÇOIS.
Electro-radiologie	PINET.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Dermatologie	COLOMB.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Médecine générale	LAMBERT.
Pathologie expérimentale .	JOUVET.	Médecine générale	FRIES.
Physique biologique	PEYRIN.	Pédiatrie	GILLY.
Anatomie pathologique ..	TOMMASI.	Médecine générale	ROBERT.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anatomie	BOUCHET.
Médecine générale et thé- rapeutique	LEJEUNE.	Pédiatrie	BETHENOD.
Stomatologie	de MOURGUES F.	Immunologie, sérologie, hé- matologie	GERMAIN.
Maladies infectieuses	NAUSSAC.	Pédiatrie	LARBRE.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.	Chirurgie générale	SOUSTELLE.
Pédiatrie	ROMAGNY.	Médecine générale	VIALA.
Médecine générale	DELAHAYE.	Bactériologie, parasitologie, virologie	VINCENT.
Anesthésiologie	DELEUZE.	Pneumo-phtisiologie	KALB.
Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique	GIRAUD.		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Hématologie	MM. FAVRE-GILLY.	Biologie médicale et phar- macodynamie	MM. FAUCON.
Histologie et embryologie .	GIROD.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie biologique	GRAS.	Bactériologie	VIALLIER- RAYNARD.
Chimie analytique	MALLEIN.		
Hygiène	RIFFAT.		

AGREGES EN EXERCICE

Ophthalmologie	MM. BONAMOUR.	Orthopédie	MM. FAYSE.
Médecine légale	COLIN.	Oto-rhino-laryngologie ..	GAILLARD.
Chirurgie générale	de MOURGUES Georges.	Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	DEVIC.	Ophthalmologie	HUGONNIER.
Obstétrique	DUMONT	Chirurgie générale	MARET.
	Martial.	Médecine générale	MORNEX.
Urologie	DURAND.	Médecine générale	NORMAND.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	PERRIN André.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Stomatologie	DUMAS.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.	Obstétrique	GARMIER.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.	Médecine générale . . .	NOEL.
Electro-radiologie	CHASSARD.	Orthopédie	SCHNEPP.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. J. DECHAUME ; *Assesseurs* : MM. L. ROCHE,
P.-F. GIRARD et COLIN

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

Que ce travail soit pour eux l'humble témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma très grande affection.

A MA FEMME

Dont l'aide et l'amour me furent d'indispensables soutiens.

A MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de mon affection.

A MON FRERE

A MES BEAUX-FRERES ET BELLES-SŒURS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. DECHAUME

Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène Mentale

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de thèse. Trois semestres, dont deux comme interne, nous ont permis d'admirer à quel point un service pouvait être imprégné dans tous ses rouages du sens des relations humaines et du dynamisme scientifique de son Chef. Nous n'oublierons pas le réconfort qu'il a su nous apporter lors de certaines difficultés survenues dans le déroulement de l'activité du nouveau service de l'Hôpital Neurologique.

Nous l'assurons de notre profonde gratitude et espérons ne pas décevoir la confiance qu'il a placée en nous.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur L. ROCHE

Professeur de Médecine Légale et de Déontologie

Il nous a, d'emblée, témoigné sa confiance en nous admettant dans son Laboratoire comme Chef de Travaux ; il nous a initié et a su nous enthousiasmer pour une des faces de la Médecine à laquelle nous étions peu préparé, grâce à son ouverture aux problèmes de la Cité et à la collaboration avec la Chaire de Neuro-Psychiatrie.

A l'hôpital, où nous avons été son interne, nous avons apprécié son sens clinique, son esprit pratique et l'ambiance familiale due à l'intérêt qu'il sait porter à tous.

Ses capacités de synthèse, son aptitude remarquable pour l'organisation, sa puissance de travail, le tout assorti d'un accueil cordial et bienveillant, nous sont un perpétuel sujet d'étonnement et d'admiration. Il nous a grandement encouragé dans l'élaboration de ce travail par sa constante sollicitude, que nous aimerions toujours mériter.

Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance et notre fidèle attachement.

Monsieur le Professeur P.-F. GIRARD

Professeur de Pathologie Générale et Expérimentale

Le hasard des choix ne nous a pas permis, jusqu'à présent, d'être son élève. Cette lacune va être comblée, pour notre plus grande satisfaction, ayant déjà pu apprécier la haute qualité de son enseignement universitaire et de sa méthode clinique au cours de sa consultation.

Nous le remercions vivement d'avoir bien voulu accepter de compter parmi nos juges et le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé M. COLIN

Professeur Agrégé de Médecine Légale

Nous avons été conquis par l'originalité de sa pensée, sa conception de la Criminologie, trait-d'union fécond entre la Psychiatrie et la Médecine Légale. Son accueil, toujours empreint de bonne humeur, son esprit plein de charme et d'humour, suscitent l'admiration.

Nous avons touché, par ce travail, à un sujet qui lui est cher et notre vœu est que cette modeste contribution lui soit agréable.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre respectueux attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé J. GUYOTAT

Professeur Agrégé de Neuro-Psychiatrie

Nous lui devons nos premiers pas en psychiatrie et l'essentiel de notre formation psychothérapique. Au cours d'un semestre d'externat, puis au sein du groupe d'internes dont il est le leader bienveillant, nous avons pu apprécier sa rigueur clinique, sa prudence, sa réserve, son souci permanent de l'intérêt thérapeutique des drogues et des attitudes.

Nous espérons continuer à collaborer avec lui et l'assurons de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé C. CLAVEL (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur Agrégé M. PLAUCHU

Externat

Monsieur le Professeur Agrégé M. BERARD (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur R. DESJACQUES

Monsieur le Docteur C. GODINOT

Monsieur le Professeur J. DECHAUME

Monsieur le Professeur J. PERRIN

Monsieur le Professeur Agrégé G. VIGNON

Monsieur le Professeur A. GUICHARD

Internat

Monsieur le Docteur C. OLLAGNIER

Monsieur le Docteur C. CHASSAGNON

Monsieur le Professeur Agrégé A. BROCHIER

Monsieur le Professeur Agrégé M. DUMONT

Monsieur le Professeur M. JEUNE

Monsieur le Professeur A. BERTOYE

Monsieur le Docteur H. NAUSSAC

Monsieur le Professeur L. ROCHE

Monsieur le Professeur J. DECHAUME (deux semestres)

Monsieur le Professeur Agrégé B. SCHOTT (deux semestres)

Monsieur le Professeur A. GONIN

Monsieur le Professeur Agrégé J.-P. DELAHAYE

Monsieur le Professeur P. GUINET

Monsieur le Professeur Agrégé R. MORNEX

Monsieur le Professeur P.-F. GIRARD

Monsieur le Professeur Agrégé A. GARDE

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

Messieurs les Docteurs GRANDMOTTET, POULAT, MULLER,
DRAPIER, DAUDET, CHAMOUTON, AYMARD

A NOS CONFERENCIERS DE MEDICAT

Messieurs les Docteurs TOLOT, LARBRE
KALB, CHASSAGNON, LEJEUNE

A Monsieur le Docteur L. BOURRAT

C'est sous sa bienveillante autorité
que nous nous sommes initié à l'étude
des tentatives de suicide.

Au Docteur C. VAUTERIN

Ses travaux et sa pensée nous fu-
rent de précieux guides au cours de
ce travail.

A Monsieur le Docteur A. NESME
A Monsieur le Docteur MOLLON
A Monsieur le Docteur A. VEDRINE
Au Médecin-Commandant ROUMAGNAC
Au Médecin Général CAMELIN

En gage d'amitié et de reconnaissance.

A NOS AMIS D'INTERNAT

A Suzette et Jean MOTIN
A Marie-Thérèse et André LAGIER

Nous remercions tous ceux qui ont facilité nos recherches
et en particulier :

Monsieur J. PELLET, interne des hôpitaux
Monsieur CADIOU, de l'Institut National de la Statistique

INTRODUCTION

La toxicologie médicale, science déjà ancienne et aux noms illustres tant dans le domaine de ceux qui en furent les pionniers que dans celui plus connu de certaines victimes d'intoxications criminelles, a subi une mue du fait du caractère plus systématique de son étude et de la véritable inondation en produits toxiques du monde moderne. C'est une de ses principales manifestations que nous avons voulu aborder : l'intoxication aiguë volontaire, en essayant d'en éclairer un peu les multiples facettes.

Le terme d'intoxication aiguë volontaire n'a que l'apparence de la simplicité et nécessite un essai de définition. En effet, il est né beaucoup plus de la pratique hospitalière que de considérations théoriques. C'est d'ailleurs pour cette raison, pour sa référence clinique, ne préjugant pas de la nature des motifs sous-jacents à cet acte, n'établissant pas d'échelle de valeur, que nous l'avons retenu.

Il convient tout d'abord d'en éliminer :

— d'une part, les intoxications dites criminelles, qui sont certes aiguës parfois, et volontaires, mais alors provoquées par un tiers. C'est le classique empoisonnement criminel, exceptionnel dans l'expérience hospitalière ;

— d'autre part, l'intoxication aiguë volontaire par excellence, que constitue l'ivresse éthylique. Sans doute la signification d'une telle ivresse est-elle parfois très proche de celles des cas étudiés ici. Nous n'avons cependant pas retenu de tels cas dans notre statistique, afin d'éviter toute confusion.

Enfin, il n'est pas question ici de l'intoxication chronique volontaire, ou toxicomanie, encore que nous aurons l'occasion d'exposer des cas intermédiaires.

L'on peut donner une définition très pragmatique de l'intoxication aiguë volontaire, surtout par la négative : introduction dans l'organisme d'une ou plusieurs substances ou d'un gaz toxiques, ou supposés tels soit du fait de leur qualité propre ou d'une dose excessive pour les médicaments, au cours d'un acte effectué par le sujet lui-même, en une ou plusieurs prises très rapprochées, cela en dehors de tout phénomène accidentel, de méprise, d'erreur ou d'accident thérapeutique, mais en vue de rechercher un effet aux significations très variables.

En pratique, il s'agit presque exclusivement de « tentative de suicide » (T.S.) et nous emploierons indifféremment l'un ou l'autre terme.

Le matériel d'étude est fourni par 1.000 observations, colligées du 1^{er} mars 1961 jusqu'au 15 mai 1963, soit en un peu plus de deux ans, au Centre de Pathologie Toxique de l'Hôpital Edouard-Herriot (Service Médical d'Urgence, Pr. L. Roche). Certaines observations ont été complétées par des notes prises lors de la prolongation du séjour du malade en milieu psychiatrique (Clinique Neuro-Psychiatrique, Pr. J. Dechaume).

Le choix du nombre de dossiers réside dans l'intérêt que nous avons cru devoir trouver à esquisser quelques aspects médicaux et sociaux, au sens large, en étayant cette étude sur un nombre statistiquement valable de cas, issus d'une population géographiquement assez limitée mais quantitativement importante, rassemblés sur une période de temps assez courte dans un même service, autant d'éléments propices pour cerner de plus près le phénomène dans toutes ses dimensions.

Notre propos n'est pas tant d'ailleurs de faire une étude exhaustive de la tentative de suicide par intoxication, que d'essayer, à la lumière de cette série de cas, de jauger le problème à sa juste mesure et d'en tirer les conséquences qui s'imposent, en particulier à l'échelon hospitalier.

Car nous nous sommes placés dans une perspective avant tout clinique, et c'est pourquoi nous avons estimé logique d'envisager les deux versants de la T.S., toxicologique et socio-psychiatrique ; la dissociation des deux points de vue étant beaucoup plus un artifice médical que la réalité vécue par le suicidant.

Les prémices de ce travail résident dans deux communications faites à la II^e Réunion Nationale des Centres-Poisons, en octobre 1961, consacrées l'une à l'étude toxicologique, l'autre à l'étude statistique sociologique et psychiatrique, à partir de 217 intoxications aiguës volontaires observées en six mois.

Les procédés méthodologiques seront exposés au début de chaque chapitre.

Le plan adopté est le suivant :

— Aspect Toxicologique, centré évidemment sur les intoxications aux Psycholeptiques et au gaz.

— Aspect Sociologique, individuel et familial, avec référence toutes les fois où c'est possible, à la population générale.

— Aspects Psychiatrique et Psychologique, avec les conceptions actuelles de la tentative de suicide.

— Aspect Médico-Légal, dont on verra que, malgré l'absence de législation pénale intervenant directement, il constitue cependant une approche globale du suicide, chapitre important de la criminologie.

— L'intoxication aiguë volontaire à l'Hôpital nous ramènera sur un plan très pratique mais indispensable à préciser.

CHAPITRE PREMIER

ASPECT TOXICOLOGIQUE

Il n'est pas dans notre intention d'entreprendre une étude clinique détaillée du grand nombre de produits utilisés. Divers travaux ont déjà été publiés sur l'aspect toxicologique de certains groupes d'intoxications de notre série, qui posent souvent des problèmes trop spécifiques pour donner lieu à une étude d'ensemble. Cependant, après une description statistique fixant l'importance respective, très inégale, de produits employés, nous envisagerons schématiquement les grands syndromes et complications communes aux intoxications par ingestion et par inhalation de gaz, telles qu'elles s'observent en pratique courante d'après l'ensemble de nos cas ; chemin faisant, nous indiquerons les particularités cliniques de certaines intoxications isolées ou associées, essentiellement dans le groupe des psychotropes.

1. DESCRIPTION STATISTIQUE DES MODES D'INTOXICATION

A) Intoxications par ingestion

(A noter que le nombre d'intoxications est un peu supérieur à 1000, certains sujets ayant récidivé et ayant, à nouveau, été hospitalisés dans le service pendant la période d'observation = 29 cas.)

1. Les médicaments

1° LES PSYCHOTROPES

Comme on pouvait s'en douter, la libéralité de leur prescription se retrouve dans nos rubriques. Nous allons d'ailleurs suivre la classification proposée par Delay en 1957, après avoir donné un chiffre brut particulièrement éloquent : 770 intoxications furent le fait de psychotropes...

Parmi les PSYCHOLEPTIQUES (748) :

a) Les HYPNOTIQUES BARBITURIQUES restent encore largement en tête, utilisés dans 571 intoxications, dont voici le détail :

- 394 barbituriques isolés,
- 48 barbituriques associés entre eux,
- 129 barbituriques associés à des médicaments ou produits divers.

La répartition par différents groupes de barbituriques est la suivante :

— <i>Action longue</i> (phénobarbital) (1)		
— purs	128 isolés	61 associés
— Butalbital + triméthylxanthine (2)	75 isolés	29 associés
— Alcaloïdes de la belladone (3)	41 isolés	29 associés
— <i>Action intermédiaire</i> (type amobarbital (4) et butobarbital (5)		
	59 isolés	40 associés
— <i>Action courte</i>		
— Pentobarbital (6)	24 isolés	6 associés
— Sécobarbital (7)	47 isolés	33 associés
— <i>Divers</i>	20 isolés	8 associés
(hexobarbital, heptabarbital, vinylbital, etc...)		

(1) Gardénal.

(2) Optalidon.

(3) Bellergeral, Belladenal, Epanal, etc...

(4) Eunöctal.

(5) Soneryl.

(6) Nembutal.

(7) Immenöctal.

Les 129 barbituriques associés à des médicaments ou produits divers se décomposent comme suit :

— Barbituriques + tranquillisants	29
Procalmadiol	17
Autres	12
Barbituriques + Neuroleptiques	41
Prométhazine	13
Chlorpromazine	10
Lévopromazine	9
Autres	9
— Barbituriques + médicaments divers	32
— Barbituriques + gaz	27
b) Les HYPNOTIQUES NON BARBITURIQUES	27
— <i>Isolés</i> :	
— Gluthétimide (1)	8
— Méthaqualone (2)	6
— Hexapropymate (3)	5
— Méthyprylon (4)	2
— S.C.T.Z. (5)	1
— <i>Associés</i> : 3 aux barbituriques, 2 au CO :	
c) Les TRANQUILLISANTS	120
— <i>Isolés</i>	67
— Procalmadiol	34
— Chlordiazépoxide (6)	25
— Divers	8

(1) Doridène.
(2) Toraflon.
(3) Merinax.
(4) Noludar.
(5) Hemineurine.
(6) Librium.

— <i>Associés</i>	53
— aux barbituriques	33
— à d'autres médicaments	17
— au CO	3
 d) Les NEUROLEPTIQUES	137
— <i>Isolés</i>	78
— Prométhazine (1)	33
— Thioridazine (2)	5
— Chlorpromazine (3)	14
— Lévipromazine (4)	12
— Divers	14
— <i>Associés</i>	59
— aux barbituriques	46
— à d'autres médicaments	13
 e) LES PSYCHO-ANALEPTIQUES sont nettement à l'ar- rière-plan : 22 intoxications, dont :	
1° <i>Thymo-analeptiques</i>	13
— Imipramine (5)	3
— Trimépramine (6)	5
— I.M.A.O.	4
— Divers	1
2° <i>Stimulants de la vigilance</i>	9
— Amphétaminiques	9

-
- (1) Phénergan.
 (2) Melleril.
 (3) Largactil.
 (4) Nozinan.
 (5) Tofranil.
 (6) Surmontil.

D'une telle énumération, il convient de retenir les éléments suivants :

— Elle est, dans une certaine mesure, le reflet des prescriptions et de la consommation en matière de « sédatifs », car en général nos intoxiqués ingèrent des produits prescrits peu auparavant ou conservés dans la pharmacie familiale depuis un temps plus ou moins long, mais n'ayant été acquis en principe que sur ordonnance médicale pour la plupart.

Bien entendu, cela n'est valable que pour une région donnée, à une époque donnée. C'est ainsi par exemple que, à Copenhague, l'aprobarbital (7) seul vient nettement en tête alors qu'il est pratiquement inutilisé en France, le phénobarbital venant après l'amobarbital et les tranquillisants.

— La très faible intervention des thymo-analeptiques s'explique probablement par le fait que, tout en étant utilisés par une population franchement psychiatrique, donc aux risques suicidaires assez grands, ils sont prescrits surtout par des spécialistes plus aptes à dépister les candidats à l'intoxication aiguë et à prendre des dispositions préventives.

— Les tranquillisants n'ont pas, il s'en faut de beaucoup, remplacé les barbituriques.

— La fréquence des associations augmente, comme nous le verrons, les risques de complications.

2° LES SALICYLES

Nous en relevons 41 cas, 26 isolés et 15 associés. Là encore, la notion géographique comparative ressort nettement si l'on se réfère, par exemple, à la Grande-Bretagne, où les intoxications par l'aspirine constituent une cause non négligeable de léthalité des suicidants, en relation avec un taux d'utilisation qui atteint la moitié de celui des « narcotiques » dans trois des cinq groupes étudiés par E. Stengel, le dépassant même une fois.

(7) Somnifène.

Il n'y eut pas de décès dans notre série. Le traitement actuel de cette intoxication, guidé avant tout par les perturbations acido-basiques d'origine mixte, respiratoire et métabolique et faisant appel parfois aux facilités d'hémodialyse du produit, peut être considéré comme assez bien codifié.

3° QUININE ET DERIVES

Interviennent quatorze fois. Certains cas (6) sont à but abortif, nettement avoué, les autres rejoignent le lot commun. Il n'y eut pas d'intoxication grave. Dans un cas fut observée une névrite optique évolutive.

4° DIGITALIQUES : 8 cas (7 digitales, une cédilanide)

Il s'agit d'intoxications généralement sévères et qui ont fait l'objet d'une mise au point récente basée sur ces observations, celles de la Clinique Cardio-vasculaire (Pr. Froment) et de la Clinique Toxicologique du Pr. Gaultier à Paris.

Leur traitement, malgré quelques incertitudes, a grandement bénéficié des données modernes sur le métabolisme du myocarde et des méthodes d'entraînement électrosystolique du cœur.

5° MEDICAMENTS DIVERS

Dans 44 cas furent utilisées des drogues très variées et dont l'énumération nous semble de peu d'intérêt. Par contre, certaines furent à la source d'intoxications graves, voire mortelles : Isoniazide, liqueur de Fowler, Dicoumarol.

2. Produits divers

1° *Produits médicaux à usage externe* : 6.

A noter une seule intoxication à la teinture d'iode, alors qu'aux U.S.A., avant la dernière guerre, ce produit intervenait dans le quart des cas dans certaines statistiques de tentatives de suicide (Moore) : les flacons portaient une tête de mort sur leur étiquette...

2° *Pesticides, Raticides* : 13.

— Malathion	1
— D.D.T.	1
— Raticide au dicoumarol	2
— Raticide au chloralose	8

Ces intoxications au chloralose, volontiers sévères, doivent être connues pour la fréquence et la gravité de leurs complications broncho-pulmonaires.

— Raticide au Thallium	1
------------------------------	---

3° *Produits chimiques* : 17.

— eau de javel	3
— solvants : 7, avec gravité particulière du trichloréthylène (3 intoxications, dont 2 chez le même sujet)	
— thiocyanate de K	2
— divers	5

Enfin, dans 10 cas, il ne fut pas possible de faire préciser avec exactitude le produit en cause.

B) Intoxications par inhalation

Il s'agit du gaz de ville et des gaz contenus dans des bouteilles mobiles à usage domestique (butane, propane). Seul le gaz de ville contient de l'oxyde de carbone. Toutefois, depuis deux ans, certains quartiers de la ville reçoivent du gaz de Lacq qui ne contient pas de CO. Jusqu'à une date récente il était mélangé au gaz habituel, alors qu'actuellement, il tend à être distribué pur, ce qui, en cas d'extension à toute l'agglomération, ne manquerait pas de modifier dans un sens favorable la physionomie des intoxications par inhalation.

1° *Gaz de ville* 137

— Isolés	97
— Associés	40
— aux barbituriques	20
— aux autres psychotropes ..	11
— divers	9

2° Butane, Propane	23
— Isolés	13
— Associés	10
— aux barbituriques	7
— divers	3

On peut noter que la classique association gaz + barbituriques a été rencontrée 27 fois et que, dans presque 1/3 des cas d'intoxication par le gaz est associée l'ingestion d'un produit. D'une manière générale, les médicaments sont absorbés avant l'ouverture du robinet à gaz. Cependant, dans quelques cas où la conscience persiste malgré la prolongation de l'inhalation, le sujet complète son geste par l'absorption de drogues.

A titre indicatif, en face de ces intoxications, voici la statistique des T.S. par moyens physiques, hospitalisées pendant la même période : 32 submersions, 16 sections de veines, 5 strangulations, 4 pendaisons, 5 chutes de lieux élevés, une arme à feu, un accident de voiture.

2. ETUDE CLINIQUE

Il est évident que le tableau clinique présente de nombreuses variantes, selon les moyens utilisés, mais les grands traits sont les mêmes, quelles que soient les intoxications. En effet, le coma est l'aboutissant habituel de toutes les intoxications sévères et les complications pulmonaires ou cardio-vasculaires posent les mêmes problèmes thérapeutiques.

Troubles de la conscience, troubles respiratoires, collapsus cardio-vasculaires résument donc les désordres provoqués par des agressions toxiques diverses ; les autres manifestations pathologiques observées sont infiniment plus rares et liées plus spécialement au tropisme viscéral de tel ou tel produit.

A) Les troubles de la conscience

Ils apparaissent, d'une manière générale, chaque fois que l'intoxication est massive. La conscience reste rarement normale ; cependant, si les doses ingérées sont minimales, ou si

l'évacuation du toxique par lavage gastrique a pu être effectuée suffisamment tôt, il n'y a pas de perturbations notables. Mais parfois, et en particulier avec certains barbituriques d'action rapide, le coma apparaît trop rapidement pour qu'un lavage d'estomac puisse être effectué.

La classification des états de conscience mérite quelque attention. En effet, il est, dans ce domaine, souvent employé des termes imprécis qui ne correspondent pas à une séméiologie déterminée. Il nous est peu à peu apparu indispensable de cerner le problème et de trouver une classification plus précise, susceptible d'être utilisée par plusieurs observateurs avec une part d'appréciation subjective réduite au minimum, donc offrant de meilleures possibilités de comparaison entre des travaux d'auteurs différents. Nous avons, finalement, retenu la classification de MM. Dechaume et Jouvét, d'abord étayée par des travaux portant sur les comas traumatiques. Le mérite d'une telle classification est l'établissement d'une série de tests, afin d'apprécier l'activité de la conscience sous ses quatre aspects essentiels :

— la perceptivité, qui est la capacité de répondre à des stimuli complexes et met en œuvre les mécanismes nerveux acquis, situés au niveau du cortex ;

— la réactivité aspécifique, qui est la capacité de répondre à des stimuli simples, excitant les télérécepteurs (yeux et oreilles) en utilisant des mécanismes nerveux innés, de siège sous-cortical ;

— la réactivité à la douleur, capacité nécessitant un mécanisme nerveux complexe (mésencéphale, néocortex, rhinencéphale) ;

— la réactivité végétative, capacité de répondre à des stimuli nociceptifs par des réactions végétatives supposant l'intégrité du mésencéphale et des mécanismes ponto-bulbaires.

Les tests sont gradués de telle façon que l'on peut exprimer par un chiffre la valeur de chacun des quatre aspects de la conscience et obtenir ainsi un schéma commode du niveau de conscience. En renouvelant ces tests, on peut suivre l'évolution dans le temps de ce niveau, ce qui permet de porter un pronostic plus précis et de diriger la thérapeutique.

Les tests d'analyse utilisés sont les suivants :

1° Pour la perceptivité : 6 tests, dont la progression est étudiée pour explorer des niveaux décroissants de perceptivité :

- Réponse à un ordre écrit,
- Situation dans le temps et dans l'espace,
- Calcul mental simple,
- Nommer six noms de fleurs,
- Exécution d'un ordre verbal,
- Clignement à la menace (recherché en approchant rapidement un marteau à réflexes de la racine du nez).

Suivant les réponses, on peut chiffrer la perceptivité (P) :

P₁ : réponse à tous les tests - perceptivité normale.

P₂ : réponse nulle ou défectueuse aux deux premiers tests : ancienne « obnubilation ».

P₃ : réponse aux deux derniers tests seulement et réponse lente et retardée aux précédents : ancienne « torpeur ».

P₄ : persistance du seul clignement à la menace : ancien « coma vigil ».

P₅ : aucune réponse : perceptivité nulle ou coma carus.

2° Pour la réactivité aspécifique, deux tests qui n'ont de signification que si la fonction acoustique est normale. Il faut donc les faire précéder de la recherche du réflexe cochléo-palpébral.

— Si le sujet a les yeux ouverts, on recherche la réaction d'orientation : l'observateur placé d'un côté du lit exécute un bruit violent ; si le sujet tourne les yeux puis la tête de ce côté, le test est positif.

— Si le sujet a les yeux fermés et un « comportement » de sommeil, on recherche la réaction d'éveil : si la manœuvre précédente déclenche l'ouverture des yeux accompagnée de mydriase et de variation du rythme respiratoire et du pouls, le test est positif. La réactivité aspécifique R est cotée ainsi, suivant les réponses :

R₁ : les deux tests sont positifs : réactivité normale ;

R₂ : seul le deuxième test est positif : réactivité diminuée ;

R₃ : les deux tests sont négatifs : réactivité nulle.

3° La réactivité à la douleur se traduit par trois réactions correspondant à des niveaux de conscience décroissants :

— la mimique douloureuse, avec ou sans réaction vocale ;

— la réaction d'éveil ;

— le retrait du membre.

L'on estime :

D₁ : obtention des trois réactions : réactivité normale ;

D₂ : obtention des deux dernières réactions ;

D₃ : obtention de la troisième réaction seule ;

D₄ : aucune réaction : réactivité nulle.

4° La réactivité végétative, explorée par des stimulations nociceptives, se traduit par des variations des rythmes respiratoire et cardiaque, de la mydriase, des troubles vaso-moteurs.

On distingue :

V₁ : obtention des réactions végétatives ;

V₂ : pas de réactions végétatives.

Cette classification n'a commencé à être utilisée que pendant les derniers mois de notre période d'observation et il est difficile de l'appliquer *a posteriori*. Cependant, il a été possible, sur un certain nombre de dossiers, de s'y référer d'une manière à peu près satisfaisante sur le plan pratique, en s'appuyant sur les éléments presque constamment mentionnés :

— réponses aux questions simples ;

— exécution des ordres simples ;

— réactivité mimique à la douleur (manœuvre de Pierre Marie et Foix, pincement du mamelon) ;

— troubles neurologiques et végétatifs.

C'est dans cette perspective que nous allons rapporter les résultats d'un groupe de 500 intoxications aux psycholeptiques, sélectionnées d'après la présence minimum de détails cliniques, nécessaires à une telle étude.

LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE DANS 500 INTOXICATIONS AUX PSYCHOLEPTIQUES

Schématiquement, nous distinguerons les intoxications bénignes, moyennes et graves.

Dans la première catégorie dite des intoxications bénignes, les troubles de la conscience ne dépassent pas, cliniquement, l'obnubilation, c'est-à-dire la possibilité de répondre aux questions et ordres simples (homologue au degré P² de l'échelle de perceptivité). La réaction mimique à la douleur est positive. L'examen neurologique est, en règle, négatif et il n'y a pas de troubles végétatifs. Nous faisons rentrer, dans cette catégorie, les rares cas où l'état de conscience était parfaitement normal. Cet ensemble ainsi défini comporte 302 intoxications (60 % du total) avec intervention des barbituriques 178 fois (56 %).

Dans la seconde catégorie, il s'agit de malades comateux, incapables en principe de communiquer verbalement avec le monde extérieur, mais qui présentent une réaction mimique positive à la douleur. Chez ces malades, les troubles neurologiques et végétatifs, bien qu'assez minimes, sont plus fréquemment observés.

Quant à la durée du coma, bien que liée à la nature du produit absorbé et au délai d'hospitalisation, elle ne dépasse pas, en général, 24 heures et n'atteint que rarement 36 à 48 heures. Cet ensemble comprend 129 cas, dont 79 intoxications aux barbituriques (61 %).

Dans la troisième catégorie, sont inclus les malades comateux, sans réaction mimique à la douleur ou réagissant très faiblement, mais présentant d'importants troubles neurologiques et neuro-végétatifs. 67 sujets rentrent dans cette catégorie. La durée du coma est le plus souvent supérieure à 48 heures.

L'étude clinique des intoxications par les *différents groupes de psycholeptiques* offre les constatations suivantes :

1. Barbituriques

1° ACTION LONGUE

— *Intoxications bénignes* : 53 cas avec des doses ne dépassant pas 2 grammes.

— *Intoxications moyennes* : 17 cas ; les doses recueillies sont comprises entre 2 et 4,5 grammes.

— Du point de vue neurologique, nous retrouvons dans cette série, outre le coma réagissant à la douleur :

— abolition des réflexes ostéo-tendineux : 9 cas ;

— 1 mydriase, 2 myosis.

A noter un décès chez un diabétique, dont le détail sera examiné plus loin.

— *Intoxications graves* : 16 cas avec 5 décès.

Sur le plan clinique, outre le coma ne réagissant pas à la douleur :

— abolition totale des réflexes ostéo-tendineux douze fois, partielle trois fois, absente deux fois ;

— réflexe cornéen aboli dans 11 observations sur 12 où il a été recherché ;

— réflexes photo-moteurs retrouvés sept fois, abolis dans 7 cas ;

— 7 pupilles en myosis, 2 en mydriase, 1 normale.

Ces données concordent donc bien avec la description classique de ce coma aréflexique, généralement en myosis, avec abolition des cornéens.

La durée des comas graves va de quelques heures jusqu'à 7 jours, les troubles neurologiques régressant plus rapidement que les troubles de la conscience.

2° BARBITURIQUES ASSOCIÉS A LA TRIMÉTHYLXANTINE

Cette spécialité, nous l'avons vu, est très utilisée. Signalons, en passant, la néphro-toxicité possible de son troisième constituant : l'aminophénazone qui, pour les auteurs parisiens (Gaultier : *in* Thèse de Chain), doit inciter à l'épuration extrarénale dans certains cas. Nous n'avons jamais eu à y recourir.

— *Intoxications bénignes* : 39 observations.

Les doses, exprimées en butalbital, ne dépassent pas 2,25 grammes avec, fréquemment, des doses minimales à peine supérieures aux doses thérapeutiques.

Du point de vue séméiologique, il faut noter quatre fois une agitation psycho-motrice, encore que cette estimation paraisse inférieure à l'observation courante. Du point de vue neurologique, furent relevés trois fois des réflexes ostéo-tendineux vifs, trois fois une mydriase, un myosis enfin.

— *Intoxications moyennes* : 16 cas, avec des doses échelonnées entre 1 gramme et 3 grammes. L'intérêt de ce groupe réside dans l'aspect particulier que peut revêtir le coma : trois fois un coma agité avec réflexes ostéo-tendineux vifs, 2 comas agités simples, 1 coma agité, avec abolition des réflexes ostéo-tendineux. Dans les autres observations, il s'agissait d'un coma calme, avec réflexes ostéo-tendineux et pupillaires conservés et pupilles sensiblement normales. Il a été possible de chiffrer approximativement la durée des comas dans tous les cas, à une durée inférieure ou égale à 24 heures, sauf chez une femme de 25 ans, où le coma dura trois jours (3 grammes).

— *Intoxications graves* : elles sont au nombre de 5. Les doses vont de 1,5 à 7 grammes - la durée du coma va de 24 heures à 6 jours. Dans ces cas, la scène de coma agité fait place à un tableau beaucoup plus habituel de coma flasque, avec abolition des réflexes ostéo-tendineux, myosis, abolition des cornéens et hypotonie.

Ainsi donc, la présence de la caféine imprime-t-elle un caractère assez spécial à cette intoxication et l'on ne doit pas être dérouté par l'agitation.

3° BARBITURIQUES ASSOCIÉS AUX ALCALOÏDES DE LA BELLADONE

— *Intoxications bénignes* : 24 cas, avec des doses allant de 0,4 gramme à 4 grammes. Furent observées cinq fois une mydriase, deux fois une agitation importante.

— *Intoxications moyennes* : 7 cas, avec des comas de 24 à 48 heures pour des doses allant de 2,3 grammes à 4,5 grammes. La mydriase fut retrouvée trois fois.

— *Intoxications graves* : 6 cas. Outre la mydriase observée dans 4 comas, il fut noté une abolition des réflexes ostéo-tendineux chez 5 malades et surtout deux fois des signes d'irritation pyramidale sous forme d'un signe de Babinski bilatéral. Les réflexes photo-moteurs sont absents dans 3 observations, présents dans 3 également. A noter deux tachycardies importantes (120 et 130). L'appoint belladonné se manifeste donc souvent nettement, ainsi qu'en témoignent la fréquence de la mydriase et l'absence de myosis dans les autres cas.

4° BARBITURIQUES D'ACTION MOYENNE

— *Intoxications bénignes* : 15 cas - doses de 0,6 gramme à 2 grammes.

— *Intoxications moyennes* : 7 cas - doses de 1 à 3 grammes. Aucun coma n'a dépassé 24 heures. Pas de signes neurologiques particuliers.

— *Intoxications graves* : 7 cas. Les signes neurologiques ne diffèrent pas de ceux observés dans les intoxications au Phénobarbital.

5° BARBITURIQUES D'ACTION COURTE

a) *Pentobarbital* :

— *Intoxications bénignes* : 7 cas - doses de 1 à 2 grammes. Aucun trouble dans cette série, sinon une abolition des réflexes.

— *Intoxications moyennes* : 2 cas - comas d'une durée inférieure à 24 heures.

— *Intoxications graves* : 6 cas, avec des doses allant de 0,8 g à 5,9 grammes. Pas de signes neurologiques particuliers, sauf une fois, des réflexes ostéo-tendineux vifs associés à une trépidation épileptoïde des pieds.

b) *Sécobarbital* :

— *Intoxications bénignes* : 11. Les doses employées toutes inférieures à 2 grammes. A noter deux agitations psychomotrices à l'entrée.

— *Intoxications moyennes* : 14, avec des doses allant de 0,5 g à 3 grammes. Le point particulier est l'observation, dans 4 cas, d'un coma agité, et une fois de myoclonies des membres inférieurs. Le coma a duré moins de 24 heures dans 7 cas, 36 heures dans un cas.

— *Intoxications graves* : 3, n'offrant pas de particularité notable.

La fréquence des comas agités et la possibilité de phénomènes d'irritation pyramidale, mérite d'être soulignée. Nous pensons qu'il est logique d'en rapprocher l'effet psychotonique recherché par certains toxicomanes au sécobarbital, indépendamment de l'effet d'induction du sommeil. Ces sujets, en effet, absorbent de façon espacée dans la journée 2 à 3 comprimés pour « être en forme ». Avant le coucher, ils prennent plusieurs comprimés à la fois.

6° ASSOCIATION DE BARBITURIQUES : 39 cas d'intoxications, avec des associations de barbituriques à action courte, moyenne et longue, ou d'un barbiturique associé à un produit contenant un alcaloïde de la belladone ou de la caféine.

— *Intoxications bénignes* : 18. Les doses sont très difficiles à apprécier, les malades n'arrivant que très rarement à préciser les proportions respectives de chacun des produits. A noter deux mydriases dans les associations avec le Bellergal, des réflexes ostéo-tendineux vifs dans une association où figurait de l'optalidon.

— *Intoxications moyennes* : 16 - mêmes remarques. Toutefois, à remarquer deux intoxications à une spécialité (1) asso-

(1) Binoctal.

ciant amobarbital et sécobarbital ayant entraîné un coma de 24 heures avec, dans un cas, hyperréflexivité ostéo-tendineuse, dans l'autre signe de Babinski gauche.

— *Intoxications graves* : 5. Nous en isolerons une concernant une femme de 34 ans (B 747), qui avait absorbé 100 comprimés d'optalidon et 100 comprimés de Belladéal. A l'arrivée, elle présentait un coma vigil avec hyperpathie, contracture des quatre membres en extension, avec pronation forcée aux membres supérieurs. La mobilisation passive entraînait une augmentation de la contracture. L'examen neurologique permettait de noter l'existence d'un Babinski bilatéral, avec trépidation épileptoïde du pied, clonus de la rotule, ainsi que des paroxysmes de contracture durant quelques secondes, toutes les 2-3 minutes. Enfin, mydriase importante et hypotension. Le troisième jour, la scène avait changé d'allure et le coma était un coma calme, avec absence de réaction à la douleur, abolition des réflexes, disparition de la mydriase et du signe de Babinski. Le réveil survint au bout de 6 jours de coma.

2. Hypnogènes non barbituriques

A. GLUTHÉTIMIDE : 5 cas, se répartissant en trois intoxications bénignes, avec des doses de 3,4 et 5 grammes et deux intoxications moyennes avec coma, sans abolition de réflexes et réagissant à la douleur, d'une durée inférieure à 24 heures. Gaultier et collaborateurs, sur une série de 7 cas, insistent sur la conservation des réflexes et la gravité (2 décès). Une statistique de 78 cas, citée par Ehlers, relève un pourcentage de mortalité de 20 %, qui monte à 50 % en cas d'absorption de plus de 10 g de drogue.

B. MÉTHAQUALONE : 5 cas, 3 bénins (une fois 0,25 et deux fois 0,75 grammes), une intoxication d'intensité moyenne chez une femme de 21 ans qui absorba 40 comprimés. Elle présenta un coma d'une durée de 2 heures après l'arrivée, alors que le somnifère avait été ingéré quelques heures auparavant. Il s'agissait d'un coma avec faible réaction à la douleur, contracture en flexion des membres inférieurs et extension au niveau des

membres supérieurs, tremblement fin des doigts, réflexes ostéo-tendineux vifs, trépidation épileptoïde des pieds, sans signe de Babinski, mydriase avec réaction photo-motrice normale. A noter, enfin, un cas mortel qui sera rapporté plus loin.

C. HEXAPROPYMATÉ : 4 cas, 2 bénins, un coma de plus de 48 heures avec une dose de 6 grammes, une intoxication grave pour une dose de 6 grammes également, avec coma profond, aréflexique, collapsus cardio-vasculaire à l'entrée.

D. MÉTHYPRYLON : 2 cas, un bénin avec 2 grammes du produit, un grave avec 4 grammes.

3. Neuroleptiques

A. INTOXICATIONS PAR LA PROMÉTHAZINE. Cette série groupe 19 intoxications avec des doses se situant toutes entre 250 et 500 mg dans 16 cas, sauf une (750 mg).

— Dix *intoxications bénignes* ont permis d'observer :

- une excitation psycho-motrice pour une dose de 500 mg,
- une agitation et une désorientation temporo-spatiale.

— Neuf *intoxications moyennes* (6 fois 500 mg, une fois 350 mg, une fois 750 mg), caractérisées toutes cliniquement par un coma réagissant au bruit et à la douleur, entrecoupé dans 4 cas d'épisodes d'agitation. Du point de vue neurologique, un Babinski bilatéral fut retrouvé sept fois. Les réflexes tendineux étaient normaux, sauf dans un cas où ils étaient très vifs.

Donc, au total, l'intoxication par la Prométhazine se caractérise par un coma vigile agité, avec Babinski bilatéral fréquent.

B. INTOXICATION A LA LÉVOPROMAZINE : 8 cas. Aucune note particulière, si ce n'est 3 myosis. Pas de coma grave. Dose maxima absorbée : 1 gramme

C. INTOXICATIONS A LA CHLORPROMAZINE : 7 cas.

— *Intoxications bénignes* : 4 cas, avec des doses n'excédant guère celles habituellement utilisées en milieu psychiatrique.

— *Intoxications moyennes* : 2, à des doses allant de 1 à 2 grammes.

— Une *intoxication grave*, enfin, avec un gramme, ayant entraîné un coma de 48 heures et un collapsus sévère.

Michon et coll., dans une revue de 37 observations personnelles et de la littérature, ne mettent pas en évidence d'aspect neurologique particulier de cette intoxication : suivant les doses, on observe un coma profond, vigil ou même un simple état stuporeux ; les paroxysmes convulsifs sont rares. L'hypotonie se rencontre dans 1/3 des cas. Les réflexes ostéo-tendineux sont, soit abolis, soit diminués dans au moins un tiers des cas. Le myosis est très fréquent. Enfin, hypotension et hypothermie sont de règle.

4. Tranquillisants

A. MÉPROBAMATE : 25 cas.

— *Intoxications bénignes* : 16, avec des doses allant de 4 à plus de 20 g. Deux myosis seulement furent notés.

— *Intoxications moyennes* : 9, avec des constantes de doses identiques à celles des intoxications bénignes. Pas de coma d'une durée supérieure à 24 heures après l'hospitalisation ; une seule fois abolition des réflexes ; une fois apparition d'un Babinski bilatéral. Il s'agit de comas calmes en général.

Dans une étude danoise récente (Clemmesen et Coll.), portant sur 363 cas d'intoxication au Méprobamate, les auteurs insistent sur les difficultés à établir un parallélisme entre les doses ingérées et la durée du coma.

B. CHLORDIAZÉPOXIDE : 10 intoxications, toutes bénignes, avec des doses allant de 180 mg à 450 mg, avec des délais courts. Il n'y eut pas d'intoxication grave, les tableaux cliniques consistant en un coma vigil calme, sans signe neurologique et sans complication.

Les autres intoxications par des tranquillisants divers n'offrirent aucune particularité notable.

5. Association barbituriques - tranquillisants

Consiste essentiellement en intoxications de barbituriques et Méprobamate. Il n'y eut pas d'incidence originale sur le plan de l'état de conscience et des symptômes neurologiques, aussi bien dans les cas bénins (4) que moyens (7) et graves (3). Il n'en fut pas de même sur le plan tensionnel, comme nous le verrons.

6. Association barbituriques - neuroleptiques

— Barbituriques - Prométhazine : à côté de 7 intoxications bénignes sans problème, 3 comas furent observés, sans signe de Babinski.

— Barbituriques - Chlorpromazine : 6 cas (4 bénins, un moyen, un grave avec coma de 48 heures).

— Barbituriques - Lévipromazine : 4 intoxications, dont une avec abolition des réflexes ostéo-tendineux, seulement pour des doses respectives relativement fortes (Lévipromazine 500 mg et Gardénal 1,4 g), alors qu'un coma de 48 heures survint après absorption de 60 cg d'amobarbital et 150 mg de lévipromazine.

— Barbituriques - Neuroleptiques divers : 5 cas, dont 3 graves (dont un à la Thiopropérazine, avec coma de 3 jours, un à la Réserpine, avec coma de 24 heures).

7. Associations diverses

Trente-trois cas bénins, parmi lesquels il ne convient d'isoler qu'une intoxication associant Méthaqualone et 9159 R.P., avec myosis et collapsus et une abolition des réflexes ostéo-tendineux au cours d'une intoxication avec des doses très minimes de lévipromazine, chlórdiazépoxide et amobarbital. Parmi les 14 intoxications moyennes et les 3 graves, aucune remarque notable quant à la séméiologie neuro-psychique.

*
* *

Ainsi donc, cette étude des troubles de la conscience et de la symptomatologie neurologique, au cours de l'intoxication par les psycholeptiques, fait apparaître les points suivants :

— la durée, somme toute. assez limitée du coma véritable, le maximum atteint étant de 7 jours ; la majorité des cas oscille entre 24 et 48 heures ;

— les difficultés rencontrées à établir des corrélations entre la dose absorbée et la durée, la profondeur du coma. En effet, de multiples facteurs interfèrent : lavage d'estomac, vomissements, indications de doses soit minimisées, soit au contraire exagérées par certains pour accroître l'efficacité psychologique de la T.S., confusion entre les différents dosages, etc. Aussi, il apparaît que, seule la détermination du taux sanguin du produit lors de l'hospitalisation serait susceptible d'apporter des indications valables, outre l'intérêt diagnostique évident. Cela est actuellement possible pour les barbituriques, mais réalisé, pour des raisons pratiques évidentes, uniquement pour les intoxications graves.

Enfin, il n'y eut aucune séquelle neuro-psychique, ce qui oppose radicalement les intoxications aux psycholeptiques aux intoxications oxycarbonées, dont nous allons dire un mot maintenant.

TROUBLES DE LA CONSCIENCE ET SIGNES NEUROLOGIQUES AU COURS DES INTOXICATIONS OXYCARBONÉES VOLONTAIRES

(A noter que les intoxications au butane ou propane seul, n'ont jamais provoqué de coma, tout au plus une perte de connaissance brève.)

Sur 137 intoxications oxycarbonées, 23 présentèrent un état comateux avec des durées extrêmes de 1 heure à 40 jours — 7 seulement eurent une durée égale ou supérieure à 48 heures.

Les troubles du tonus (présents dans 9 cas, uniquement dans le sens hypertonique), l'existence d'un signe de Babinski (6 fois, dont 5 au cours de comas hypertoniques), les réflexes ostéo-tendineux normaux ou exagérés, la répartition égale de

myosis et de mydriase, n'apportent rien de nouveau aux données classiques. Par contre, l'E.E.G. pratiqué dans 8 cas montra, outre un ralentissement global de l'activité cérébrale sous la forme d'ondes thêta, des anomalies très particulières dans 3 cas, consistant en des ondes triphasiques que l'on rencontre habituellement dans les comas hépatiques et plus généralement dans les troubles métaboliques caractérisés par une hyperammoniémie (le détail des observations est rapporté dans la thèse de Chapuy, Lyon, 1963). Ces anomalies n'ont pas été retrouvées dans les tracés ultérieurs.

Il n'existe pas de profil particulier du coma oxycarboné volontaire et les mêmes constatations sont faites dans les deux éventualités accidentelle et volontaire :

— pas de parallélisme entre l'âge, le sexe, la durée d'exposition, le taux d'oxyde de carbone trouvé à l'entrée d'une part, et la durée du coma d'autre part ;

— pas de relation entre l'hypertonie et la durée des comas ;

— seule la profondeur du coma à l'entrée semble correspondre à une durée plus prolongée.

Les séquelles suivantes furent observées :

— périphériques : paresthésies au niveau des trois derniers doigts de la main droite chez une femme de 39 ans ;

— extra-pyramidales : un état akinéto-hypertonique chez un homme de 54 ans, intoxiqué par les gaz d'échappement de sa voiture ;

— psychiques : 2 états amnésiques lacunaires.

Enfin, les intoxications associant l'oxyde de carbone aux psycholeptiques ne furent pas plus graves ; au contraire, il est à noter qu'aucun coma ne dépassa 48 heures dans ce groupe. Dans cinq cas, les comprimés furent ingérés plusieurs heures avant l'inhalation de gaz.

B) Les complications respiratoires

L'infection et l'encombrement broncho-pulmonaire sont, on le sait, le grand risque de l'état comateux. Grâce à l'antibiothérapie systématique, d'une part, à la surveillance étroite de la ventilation, d'autre part, (cure déclive, changements de position, aspiration pharyngée, mise en place d'une canule de Mayo, intubation pour les comas ne dépassant pas 48 heures, aérosols d'antiseptiques et fluidifiants bronchiques, trachéotomie, assistance respiratoire mécanique au besoin), elles ont diminué de fréquence et sont plus facilement curables.

Cependant, dans le groupe des 500 intoxications aux psycholeptiques, furent relevés dans les intoxications moyennes, deux encombrements bronchiques simples et une pneumopathie bilatérale et dans les intoxications graves, 13 complications pulmonaires (10 encombrements bronchiques, 3 pneumopathies, dont 2 de nature atélectasique certaine), cela indépendamment des complications pulmonaires mortelles que nous envisagerons plus loin. A noter que, pratiquement, seuls les barbituriques, aussi bien d'action longue que courte, donnèrent de telles complications. Nous n'avons pas observé les troubles respiratoires classiquement décrits au cours de l'intoxication au Gluthétimide.

C) Le collapsus cardio-vasculaire

Celui-ci, défini par une chute de T.A. au-dessous de 8 de maxima, peut survenir même en l'absence de dépression respiratoire et être provoqué par toutes les variétés d'intoxications. Dans le groupe des 500 psycholeptiques, on le retrouve 36 fois et, là encore, ce sont les barbituriques seuls ou associés qui constituent la principale étiologie : 24 collapsus sont régulièrement répartis entre les différentes variétés, seules ou associées entre elles (4 dans le dernier cas), 5 autres sont survenus au cours des 10 intoxications moyennes et graves de l'association barbituriques - Méprobamate ; cette dernière drogue seule ne fut à l'origine que de 2 collapsus, 3 autres étant dus à la chlorpromazine, le reste à des tranquillisants divers.

FICHE DE SURVEILLANCE CLINIQUE DES COMAS

SERVICE MÉDICAL D'URGENCE ET DE PATHOLOGIE TOXIQUE - Professeur Louis ROCHE

LIT :		NOM :		AGE :		DIAGNOSTIC :		
DATE :								
HEURE :								
TEMPÉRATURE								
CIRCULATION	T A							
	POULS	Frqce						
		Régul.						
		Anyth.						
RESPIRATION	Fréquence							
	Vent/minute							
	Cyanose							
	Encombr ^t							
	Sueurs							
	RESPI. RATEUR	F						
		V						
		PI / PE						
		O ₂ / Air						
	SANG ARTERIEL	CO ₂ Total						
PH								
Pa CO ₂								
Hb O ₂ / Hb								
CONSCIENCE	P							
	R							
	D							
	V							
	AGITATION							
SYSTÈME NERVEUX	TONUS	NUQUE	molle					
			raide					
		HYPER	MS	Ext.				
			MI	Ext.				
	HYPO	MS	Ext.					
		MI	Ext.					
	RÉFLEXES	Photomoteur						
		Cornéen						
		Tend. M S						
		Tend. M I						
Babinski								
Grasping								
Déglutition								
PUPILLES	•							
	N							
REIN	DIURÈSE							
	PH							
DIVERS								

Au cours de l'intoxication oxycarbonée, il fut observé quatre fois, toujours chez des sujets en état de coma hypertonique.

Comme pour les complications respiratoires, le traitement du collapsus est actuellement bien codifié (dérivés sympathicomimétiques, transfusions), la correction des deux ordres de troubles étant d'ailleurs indissociable, l'anoxie et l'acidose étant des facteurs importants d'entretien du collapsus.

3. LA MORTALITE DES INTOXICATIONS AIGUES VOLONTAIRES

Sur 1.000 intoxiqués volontaires, 26 décédèrent, se répartissant comme suit : psycholeptiques : 16 ; CO : 6 ; divers : 4. Ce qui représente, selon le sexe, 10 hommes sur 265 intoxiqués, 16 femmes sur 735. Selon l'âge : 8 décès avant 40 ans et 18 décès après 40 ans, un seul avant 20 ans. La mortalité prépondérante dans la deuxième moitié de la vie, fait intervenir la notion de tares préexistantes, ainsi qu'en témoignent quelques-unes des observations mortelles que nous allons rapporter.

1. Les décès au cours des intoxications par psycholeptiques

I. 540. — T.S. par 6 comprimés d'Equanil chez une femme de 66 ans, hypertendue ancienne, présentant des séquelles d'hémi-parésie droite. Apparition d'un encombrement pulmonaire, trachéotomie et mort 3 jours plus tard dans le collapsus et l'hyperthermie ; récurrence de l'hémiplégie 24 heures après l'admission.

II. 559. — Troisième T.S. chez une infirmière de 31 ans, avec des neuroleptiques, barbituriques, tranquillisants, dont on n'a pu préciser les doses avec exactitude. Sort du coma toxique au bout de 48 heures, puis retombe dans un coma anoxique et meurt d'une broncho-pneumonie de surinfection, secondaire, semble-t-il, à une trachéotomie imposée par un encombrement pulmonaire important deux jours plus tard. A l'autopsie : lésions de broncho-pneumonie typique.

III. 578. — Comitale de 50 ans, traitée depuis de nombreuses années ; deuxième T.S. par 4 g de phénobarbital : collapsus et coma profond à l'admission ; collapsus irréductible malgré sympathicomimétiques et corticoïdes et sang. Encombrement pulmo-

naire imposant une trachéotomie et respiration assistée (R.P.R.). Décès après trois jours de coma et de collapsus. Suspicion clinique d'une insuffisance anté-hypophysaire, dont la preuve biologique n'a pu être apportée, étant donné la brièveté de l'hospitalisation.

IV. 721. — T.S. chez une femme de 25 ans par Sécobarbital (2 g) et amobarbital (2 g). Etat de collapsus intense à l'entrée, qui n'a pu être corrigé malgré tous les moyens énergiques mis en œuvre. Décès deux heures plus tard.

V. 734. — T.S. chez un homme de 18 ans par la Méthaqualone (doses non précisées). Coma relativement peu profond, mais, au deuxième jour, apparition d'un tableau d'inondation pulmonaire que la trachéotomie n'améliore pas et décès peu après.

VI. 1066. — T.S. par phénobarbital - Belladone (3 g) et chlor-diazepoxide (150 mg) chez une femme de 44 ans, hospitalisée quatre heures après l'ingestion. Coma profond avec absence de réactivité à l'E.E.G. ; état de collapsus permanent avec T.A. maintenue à grand-peine à 8. Décès le cinquième jour dans un tableau d'insuffisance respiratoire, avec atélectasie pulmonaire droite. A l'autopsie, lésions pulmonaires de type alvéolite exsudative.

VII. 1094. — T.S. Phénobarbital (doses non précisées) chez un homme de 51 ans, l'intoxication remontant déjà à trois jours (présence de barbituriques dans les urines). Vingt-quatre heures après son admission, alors qu'il était pratiquement sorti du coma, décompensation acidotique diabétique et décès brutal au bout de 36 heures.

VIII. 1339. — T.S. Barbituriques non précisés (ni quant à la nature, ni quant à la dose) chez un homme de 49 ans, angineux connu. Présentait une glycosurie avec hyperglycémie à 4 g ‰, facilement corrigée. Mais surtout apparition, au bout de 36 heures, de crises de tachycardie supraventriculaire, dont l'une entraîne un état de collapsus mortel au cinquième jour. En outre, présentait une insuffisance respiratoire avec atélectasie du poumon gauche. A l'autopsie, athérosclérose coronarienne diffuse avec thrombose récente sur 2 cms, à la partie moyenne de l'interventriculaire antérieure. A la coupe, lésions septables macroscopiques expliquant bien le trouble rythmique.

IX. 1388. — T.S. Barbituriques non précisés chez une femme de 54 ans, obèse (réaction des barbituriques dans les urines positive). Malgré un E.E.G. montrant une absence de réactivité, récupération notable de la conscience (P 2) et des réflexes ; cependant, décès au huitième jour dans un tableau d'insuffisance respiratoire avec hyperthermie, atélectasie pulmonaire droite.

X. 1570. — T.S. par chlorpromazine, lors d'une hospitalisation pour bilan de néoplasme colique et pleurésie hémorragique chez une femme de 42 ans, pharmacienne. Coma profond, hypotonique, d'apparition rapide, de même qu'un collapsus cardio-vasculaire entraînant le décès une heure environ après l'ingestion.

XI. 1623. — T.S. Phénobarbital (3 g) chez un détenu de 30 ans, délinquant psychopathe, qui en est à sa quatrième T.S. (l'avant-dernière ayant consisté en l'absorption de morceaux de verre et de ressorts d'épingle à linge...). Ce sujet était traité par 500 mg de chlorpromazine quotidiens. Décès douze heures après l'admission dans un tableau de collapsus cardio-respiratoire, malgré analeptiques et trachéotomie. La potentialisation avec la chlorpromazine semble devoir être invoquée pour expliquer le décès, malgré la dose moyenne de barbituriques ingérée.

XII. 1717. — T.S. Méprobamate (5,8 g), Imipramine (1 g) et Létopromazine chez une femme de 48 ans. Coma profond hypotonique dont la malade émergera un peu pour décéder au troisième jour de complications respiratoires.

XIII. 1865. — T.S. Phénobarbital (6 g au moins) chez un pharmacien de 33 ans, hospitalisé quatre heures après l'ingestion dans un état de coma profond dont il émergea au sixième jour pour décéder au huitième dans un tableau d'insuffisance respiratoire avec hyperthermie. A noter sur le plan biologique des résultats évocateurs de troubles de la diffusion alvéolocapillaire (alcalose gazeuse, saturation oxyhémoglobinée à 89 %) avec à l'autopsie des plages d'alvéolite œdémateuse et hémorragique, surtout corticales.

Une autre particularité de cette observation réside dans les résultats de la barbiturémie : de 50 mg ‰ au troisième jour, elle passe à 128 mg le quatrième jour, pour retomber à 72 mg le cinquième jour. Ce fait a déjà été signalé par Gaultier et Bourdon qui le rapportent à une absorption intestinale prolongée.

XIV. 1969. — T.S. Pentobarbital (1,5 g), Méprobamate (8 g) et Prochlorpémazine (60 mg) chez une femme de 60 ans, mélancolique chronique, découverte une heure après l'ingestion. Coma profond, collapsus cardio-vasculaire et troubles respiratoires avec cyanose importante, emportent la malade au bout de 24 heures, malgré réanimation énergétique et trachéotomie.

XV. 2041. — T.S. barbiturique imprécis quant à la nature et la dose chez un sociopathe éthylique de 47 ans. Décès au cinquième jour dans un tableau de delirium tremens. L'autopsie montre une atrophie cérébrale frontale, une alvéolite œdémateuse pulmonaire.

XVI. 2230. — T.S. Phénobarbital et Lévopromazine (doses non précisées) chez une femme de 28 ans, comitiale et atteinte de cécité congénitale. Coma carus, mort en état de collapsus 24 heures après l'admission.

2. Les décès au cours des intoxications oxycarbonées

XVII. 334. — T.S. au CO chez une femme de 68 ans. Coma de huit jours, puis tableau de mutisme akinétique. Décès 48 heures après son transfert dans un autre service. A l'autopsie : nécrose pallidale bilatérale typique.

XVIII. 617. — T.S. au CO chez un sujet de 22 ans. Coma avec mutisme akinétique ayant duré 40 jours. Infection urinaire persistante malgré les antibiotiques, responsable probable de la mort survenue au bout des 40 jours de coma. A noter l'absence de signe d'encombrement pulmonaire.

XIX. 1091. — T.S. au CO chez une femme de 69 ans ; deux heures d'exposition seulement, oxycarbonémie à l'entrée : 15,8 ml/l. Coma léger de courte durée, quelques heures. Décès 17 jours plus tard dans un tableau d'insuffisance cardiaque aiguë avec à l'E.C.G. arythmie complète et bloc de branche gauche. Les tracés pratiqués à l'entrée montraient de nombreuses extrasystoles ventriculaires qui ne furent pas retrouvées les jours suivants. Il est logique d'admettre une aggravation de l'état cardiaque antérieur par le CO. A noter par ailleurs que cette malade était porteuse d'un néoplasme du col utérin.

XX. 1642. — T.S. au CO chez une femme de 50 ans. Coma profond sans signe de localisation. Taux d'oxycarbonémie à l'entrée : 48,8 ml/l. Collapsus circulatoire grave ; complications respiratoires donnant un aspect d'état de mal asthmatique ; apparition d'un pneumothorax gauche dans le déterminisme duquel peut se discuter la mise en place d'un trocart par voie sous-clavière. Décès 48 heures après la trachéotomie.

XXI. 1769. — T.S. au CO associé vraisemblablement à des barbituriques chez une femme de 45 ans. Coma d'intensité moyenne avec M.I. en hypotonie. M.S. en 1/2 flexion. Des troubles respiratoires font pratiquer une trachéotomie au troisième jour, qui amène une certaine amélioration, mais nouvelle aggravation au onzième jour et décès le vingt et unième jour.

XXII. 2068. — T.S. au CO chez une femme de 60 ans. Exposition de deux heures environ, n'a pas perdu connaissance. D'ail-

leurs le taux d'oxycarbonémie n'est que de 2,5 ml/l. 48 heures après l'admission, apparition d'un état confusionnel avec oppositionnisme, contracture des membres supérieurs, grasping et suc-cing, tremblement, le tout évoquant plus une encéphalopathie alcoolique (antécédents en faveur de cette hypothèse) que des séquelles d'intoxication oxycarbonée. Décès au neuvième jour.

3. Les décès de causes diverses

XXIII. 1130. — T.S. à la Digitaline (7 à 8 mg) chez un homme de 62 ans. Décès brutal dans un tableau de « délire digitalique » huit heures après l'admission.

XXIV. 1443. — T.S. à la Liqueur de Fowler (environ 8 cg d'arsenic) chez une femme de 47 ans. Consciente et en bon état général à l'entrée, malgré un traitement au B.A.L., apparition progressive de troubles psychiques (torpeur, délire confuso-onirique), de diarrhée, d'anurie, de collapsus enfin. Décès au quatrième jour. A noter les dosages d'arsenic (le premier jour) :

— dans le sang : 600 gammas (pour 100 cc de sang) ;

— dans les urines : 10 mg/litre.

XXV. 477. — T.S. chez un homme de 49 ans avec Plutonic (raticide à base de chloralose) + phénergan 40 comprimés ; état de mort apparente à l'entrée ; mort réelle deux heures après l'admission.

XXVI. 2043. — T.S. au Trichloréthylène chez un homme de 32 ans qui en était à sa deuxième tentative au même produit à trois mois d'intervalle (la première intoxication, de l'ordre de 20 30 cc avait été relativement bénigne). Lors de la récurrence, il ingéra plusieurs centaines de cm³ du produit. Malgré des vomissements abondants, une aspiration gastrique, un lavage d'estomac à la seringue, il présente un O.A.P., puis un coma carus et décède finalement 12 heures après l'ingestion.

Le rapport de ces observations mortelles appelle quelques commentaires :

— Sur 770 intoxications aux psycholeptiques, 16 aboutirent à la mort, ce qui représente 2,07 %.

— Sur 160 intoxications au gaz, 6 moururent, ce qui représente 3,75 %. Si l'on n'envisage que l'intoxication oxy-

carbonée, on obtient 4,38 %. La léthalité de ce groupe est donc supérieure au précédent.

- L'existence de tares viscérales antérieures pèse lourdement sur le taux de mortalité : 9 sujets, soit 1/3, présentaient, en effet, une affection cardio-vasculaire, un diabète ou un terrain d'impregnation éthylique notable.

Jacobsen, à Copenhague, trouve dans la statistique de mortalité, des intoxications par hypnotiques de 1959 à 1962, la moitié des sujets présentant un état pathologique antérieur sérieux.

— Les causes directes du décès furent 10 fois un collapsus, 2 fois une cause cardiaque primitive, 12 fois des complications pulmonaires.

— La trachéotomie fut pratiquée dans 10 cas mortels sur les 24 fois où elle le fut dans notre statistique globale. Ces chiffres, c'est évident, ne militent pas contre la trachéotomie, mais s'expliquent facilement par le fait que précisément les malades trachéotomisés étaient dans un état plus grave que les autres. Dans un cas cependant, la trachéotomie est peut-être responsable de la broncho-pneumonie mortelle décelée à l'autopsie.

Deux malades décédèrent dans les 2 heures suivant l'admission. Il aurait été logique de les éliminer, leur appartenance relevant plutôt de la morgue. Cependant, les statistiques étrangères en tiennent compte, en particulier la statistique danoise récente.

Celle-ci indique un taux de mortalité de 0,7 % pour les intoxications par psycholeptiques sur la période 1960-1961. Il reste donc encore un effort à fournir, en particulier sur le plan respiratoire. Mais, d'ores et déjà, on peut considérer comme encourageants les résultats rapportés précédemment qui, rappelons-le, portent sur l'ensemble des intoxications et non pas seulement sur les cas présentant un certain degré de gravité. Cette remarque est importante si l'on veut comparer valable-

ment les différentes statistiques et nous pensons que le taux de mortalité global offre plus de garanties dans la mesure où les conditions de recrutement sont identiques, qu'un taux portant sur une sélection de cas dont les critères prêtent encore à discussion.

En effet, à l'avenir, tout progrès dans ce domaine de plus en plus vaste de la toxicologie clinique, doit passer par la mise au point d'une méthodologie admise par la plupart des auteurs : si un grand pas est en train de s'accomplir sur le plan des dosages biologiques, il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne l'harmonisation des différentes cotations des troubles de la conscience.

CHAPITRE II

ASPECTS SOCIOLOGIQUES

D'emblée, l'on se heurte à des problèmes de définition. En effet, partant de l'étude d'une modalité suicidaire, avec un taux de mortalité qui n'est pas absolument négligeable, il nous faut justifier la validité, même relative, et l'intérêt général des constatations qui nous sont apparues significatives.

La tendance actuelle est, en effet, plutôt en faveur d'une séparation assez tranchée entre tentative de suicide et suicide réalisé. A ce propos d'ailleurs, il convient de noter, avec E. Stengel, qu'en général la T.S. est définie comme un suicide raté, quelle que soit la raison de cet échec (moyen inadéquat, intervention de tiers, efficacité thérapeutique). En somme, le critère de séparation des deux phénomènes s'exprimerait en termes de réussite ou d'échec de sa propre mort. Bien plus, certains auteurs, comme P.-B. Schneider, éliminent de leur étude les cas où la volonté d'auto-destruction n'était pas clairement notée dans le dossier médical ou reconnue par la suite sans difficulté par le sujet lui-même ; même attitude en face de gestes suicidaires réalisés au cours de raptus anxieux à type de fuite, d'intoxication par hypnotiques à doses massives « pour dormir », les T.S. niées alors qu'aucune autre explication ne pouvait être mise en avant.

Sans doute cet essai de démembrement du comportement suicidaire et l'attention plus spécialement portée sur les populations de suicidants (par opposition aux suicidés, seuls étudiés jusqu'à il y a une trentaine d'années) nous paraissent légitimes et susceptibles d'apporter un renouveau dynamique à la question.

Cependant, nous pensons personnellement que cette distinction a ses limites, cela pour de nombreuses raisons :

— Dans le cadre des intoxications, par exemple, le nombre d'intoxications mortelles à l'hôpital en matière de psycholeptiques, est passé, au Danemark, de 25 % à 1,1 % en 15 ans. Donc un grand nombre de suicidés, d'il y a 10 ou 15 ans, seraient aujourd'hui des suicidants.

— Sans vouloir manier le paradoxe, on peut qualifier « d'accidentels » les décès venant clore certaines T.S. Farberow et Litman, à Los Angeles, ont rapporté quelques cas où tout était prévu pour la découverte à temps, la mort n'étant manifestement pas le but poursuivi, mais un détail matériel imprévu entraîna l'issue fatale.

— De beaucoup plus de poids nous paraît ce troisième argument : la fréquence du suicide chez les suicidants, beaucoup plus élevée que pour l'ensemble de la population, ainsi qu'en témoignent des études catamnétiques menées sur 18 ans, en Suisse, par Schneider.

Aussi, pencherions-nous assez volontiers en faveur du point de vue de Lindemann (cité par Stengel), qui propose de considérer tous ceux qui ont commis des actes suicidaires, comme une seule population atteinte d'une « maladie » que l'on peut étudier en termes de morbidité et de mortalité. Cette optique nous semble particulièrement s'adapter à l'intoxication aiguë volontaire, étant entendu que celle-ci regroupe avant tout une population de suicidants avec une minorité de suicidés, ce qui ne signifie pas, comme on l'a trop souvent fait, que l'appartenance à cette minorité soit la condition de membre à part entière de cette population, la majorité étant considérée comme un groupe inférieur et méprisable. Cette attitude nous semble d'ailleurs largement répandue dans le corps médical, le terme même de tentative, avec ses notions implicites d'échec ou de succès, entretenant la confusion. A nos yeux, il n'a d'autre intérêt que la commodité de son abréviation courante...

Deux autres remarques s'imposent avant de détailler nos résultats :

— Tout d'abord, pourra-t-on nous reprocher pourquoi n'avoir pas étudié les autres modalités suicidaires telles que la « submersion volontaire », la « défenestration volontaire »,

les « blessures volontaires », etc... Sans doute, de telles études comparatives auraient un intérêt certain, mais leur importance nettement moindre, la dispersion de leurs admissions hospitalières constituent de sérieux obstacles. Il serait souhaitable que tous ces sujets soient systématiquement examinés, même au cours d'une simple consultation, par un membre de l'équipe du Centre de Pathologie toxique, après les soins chirurgicaux d'urgence.

— Quoi qu'il en soit, il apparaît qu'actuellement l'intoxication aiguë volontaire constitue un véritable phénomène de masse qui justifie à lui seul une mise en évidence de ses principales caractéristiques sociologiques.

Nous adopterons le plan suivant :

- 1° Facteurs individuels : sexe, âge, situation matrimoniale, profession.
- 2° Facteurs familiaux et sociaux : situation familiale, dans la fratrie, nombre d'enfants, répartition géographique et milieu d'origine, facteurs sociopathiques.
- 3° Etude comparative de quelques facteurs précédents avec la gravité et la variété de l'intoxication.

1. LES FACTEURS INDIVIDUELS

Avant d'en aborder les différents éléments, il convient de faire quelques remarques préliminaires concernant l'échantillon (au sens statistique du terme) que nous avons étudié. Une première réflexion s'impose : est-il représentatif de la population générale, au moins de celle de l'agglomération lyonnaise, à la rigueur du département du Rhône dont la superficie réduite facilite l'hospitalisation des urgences spécialisées dans le même centre.

Sur un plan strictement « épidémiologique » (ce terme n'étant pas aussi inadéquat qu'on pourrait le penser, si l'on veut bien dépasser le sens purement microbiologique du mot contagion), peut-on apprécier, même de façon approximative, le taux de T.S. dans une population donnée ? La plupart des

auteurs ont, jusqu'ici, répondu par la négative ou par des impressions plus que par des éléments chiffrés. A notre connaissance, une seule enquête d'envergure a été effectuée, celle de Farberow et Shneidman dans le district de Los Angeles pour l'année 1957. Voici un bref résumé de leur méthode et de leurs résultats :

— Les sources de leurs données statistiques furent de trois ordres : les médecins praticiens et spécialistes de l'agglomération de Los Angeles, les statistiques de l'Hôpital Général du District de Los Angeles et celles des 16 hôpitaux « d'urgence » municipaux de Los Angeles.

— L'enquête auprès des praticiens, si elle n'est pas la première, est en tout cas la seule à avoir été fructueuse. Celle de Schneider, dans le canton de Vaud, en Suisse, s'était heurtée à une carence étonnante de réponses. Farberow et Shneidman, au contraire, reçurent 6.052 réponses sur 8.136 lettres envoyées. 1.708 apportèrent des renseignements positifs sur une ou plusieurs T.S. Les auteurs ne retinrent finalement que 633 questionnaires qui étaient correctement remplis pour être utilisés. Bien entendu, ils prirent soin de vérifier que les mêmes sujets n'étaient pas répertoriés à la fois dans les réponses des médecins et dans les registres hospitaliers. Ils arrivèrent, ainsi, au chiffre de 5.906 T.S. (3.887 rapportées par les médecins et 2.019 obtenues à partir des statistiques hospitalières). Ce chiffre est, évidemment, un chiffre minimum ; il concerne une population d'environ 5 millions d'habitants. A noter que, la même année 1957, le nombre officiel de suicides fut de 768 (soit un rapport de 7,7/1).

Pour en revenir à notre échantillon, il est certain qu'il est quantitativement déficitaire, cela apparaît nettement lors de l'étude des récidives : de nombreux sujets n'ont pas été hospitalisés lors de T.S. antérieures ; il est bien évident que, dans ce cas, il s'agissait de gestes très bénins. Cependant, il est fréquent, lorsque le médecin est appelé en consultation, qu'il envoie à l'hôpital l'intoxiqué uniquement pour un lavage d'estomac. Ces cas, même s'ils ne posent aucun problème toxicologique, sont toujours hospitalisés au moins 24 ou 48 heures. Echappent enfin au recrutement du Centre de Pathologie toxique, certains malades admis dans des cliniques privées ou d'autres hôpitaux

de l'agglomération. Pour se référer à l'unité de temps habituellement employée dans de telles études, c'est-à-dire une année, nous avons fait une estimation du 1^{er} avril 1961 au 1^{er} avril 1962 : 500 intoxications aiguës volontaires, plus 21 T.S. par agents physiques (le total représentant, notons-le en passant, 19 % du nombre global des entrées au Service médical d'urgence). Ce chiffre représente donc la morbidité annuelle minimum en matière de T.S. sur une population d'environ un million d'habitants correspondant à ce que l'on appelle « Le Grand Lyon ».

L'étude de ce que Deshaies appelle les « conditions extrinsèques » de la T.S., en pratique la personnalité civile et sociale du suicidant est faite dans tous les travaux, afin de savoir s'il existe des corrélations entre ces facteurs et la T.S. Certes, nous ne tomberons pas dans la même erreur que les anciens sociologues, qui voyaient dans ces conditions extrinsèques la « cause » du suicide. Les recherches statistiques indiquent simplement si l'un des facteurs envisagés exerce une influence sur le phénomène étudié, mais sans exprimer un rapport direct de cause à effet. Sans doute de telles corrélations statistiques peuvent être multipliées à l'infini : des statisticiens américains de compagnies d'assurances sur la vie n'ont-ils pas été jusqu'à étudier les corrélations entre la tension artérielle et le suicide !

Nous pensons, toutefois, que la mise en évidence de la plus grande fréquence de la T.S. dans tel ou tel groupe d'âge, de sexe ou professionnel peut avoir des conséquences prophylactiques, même à lointaine échéance. Encore fallait-il que nous puissions comparer les données de notre population d'intoxiqués avec les paramètres correspondants de la population générale. Précaution élémentaire, certes, mais respectée par peu d'auteurs, mis à part Dahlgren et Schneider et tout récemment Farberow et Shneidman. Or, il semble qu'une telle comparaison aille de soi, dès que l'on veut juger les qualités d'un échantillon de population, telles que l'âge, le sexe, l'état civil, etc...

En France, les données de la population normale qui nous intéressent, peuvent être connues par les statistiques issues de l'exploitation des opérations de recensement. C'est ainsi que nous aurions pu nous servir des résultats détaillés du recensement de 1954. Mais deux causes d'erreurs importantes,

d'ailleurs liées, se faisaient jour : le décalage de 8 à 9 ans avec notre période d'observation, les profondes modifications démographiques de l'après-guerre qui, compte tenu du caractère exceptionnel de la T.S. chez l'enfant, n'influencent que depuis 2-3 ans l'importance du groupe des jeunes suicidants. Aussi, avons-nous préféré utiliser les résultats, même fragmentaires, du recensement de mars 1962, qui représente l'indiscutable intérêt de se situer juste au milieu du temps pendant lequel ont été recueillis nos dossiers, ce qui tempère encore la cause d'erreur due à la comparaison entre une population définie à un jour donné et une population observée pendant plus de 2 ans.

Nous avons pu obtenir, par le Bureau régional de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, les résultats d'un sondage au 1/20^e (1) pratiqué à l'échelle du département du Rhône.

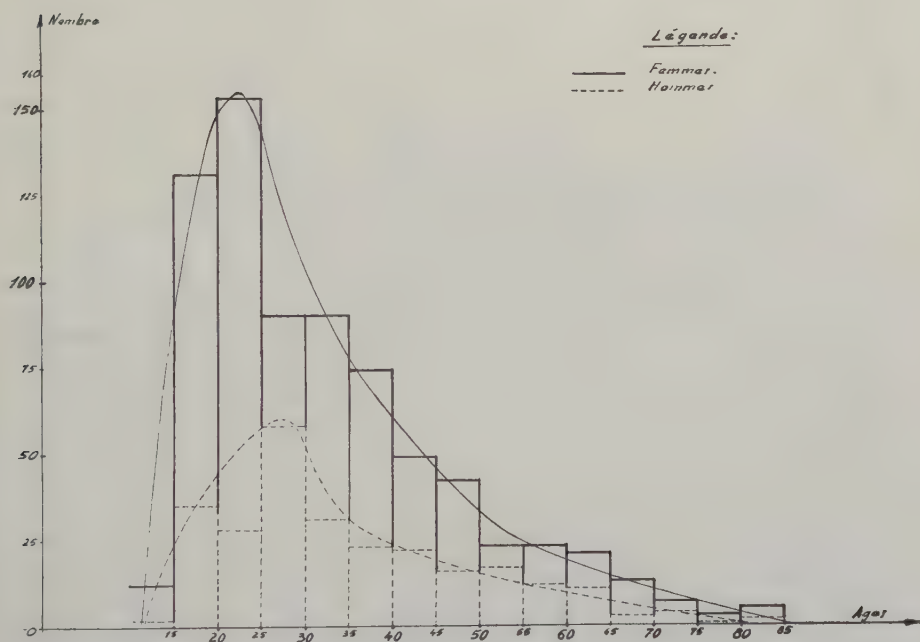
Nous ne nions pas, là encore, l'existence de causes d'erreur : d'une part, l'approximation de ce sondage et son manque de sélectivité, en particulier en ce qui concerne le statut matrimonial, d'autre part, le fait qu'il concerne le département entier, alors que notre population de suicidants est avant tout recrutée dans l'agglomération lyonnaise (ce dernier facteur étant toutefois atténué par le fait que celle-ci représente la majeure partie de la population du département). Cette étude pourra d'ailleurs être reprise lors de la publication des résultats complets et détaillés du recensement de 1962.

A) Le sexe

Globalement, tous âges inclus, notre population se compose de 735 femmes et 265 hommes (soit un rapport 2,8/1). La plupart des études récentes donnent des chiffres proches. Farberow et Shneidman trouvent un rapport de 2,3/1. Hirsh et Coll, sur 232 T.S. par ingestion observées sur plus de 5 ans (1955-1960) un taux encore plus fort de femmes 3,3/1.

(1) C'est-à-dire qu'ont été étudiées, en gros, 50.000 fiches prélevées au hasard sur un million.

Il s'en faut que, dans le temps, toutes les statistiques concordent : si en 1933 Lendrum qui étudia également 1.000 admissions consécutives au Détroit Réception Hospital trouve 1,9/1, Hopkins, en 1937, sur 656 cas admis pendant 4 ans au Liverpool Mental Observation Ward trouve 1,2/1. Siewers et Davidoff, en 1942-1943, sur deux séries de 150 cas chacune admises, l'une à l'hôpital psychiatrique et l'autre à l'hôpital général trouvèrent 1,5/1. Dahlgren, en 1945, dans sa classique monographie sur 237 T.S. observées en neuf ans à Malmoe, trouve un nombre



équivalent de sujets des deux sexes. Ringel, à l'Hôpital psychiatrique de Vienne, observe, en 1949, un rapport 1,6/1, alors qu'en 1954 il est pratiquement égal à 1. Les séries de Schneider en 1948-1950 totalisent 196 hommes pour 176 femmes, cette prépondérance masculine étant également retrouvée par Stengel dans deux séries (1946-47 et 1953).

Certes, la majorité des études ci-dessus concernent la T.S. en général et non l'intoxication seule. Si nous y ajoutons les

moyens physiques hospitalisés dans le service, répartis en 36 hommes et 30 femmes, le rapport est un peu inférieur : 2,5/1.

Il est donc permis de penser qu'en tout état de cause, la prépondérance féminine est indiscutable actuellement dans le cadre de la T.S. en général, même compte tenu de la légère prépondérance féminine de la population normale.

La notion classique, par ailleurs, de proportions inversées pour le suicide réalisé, est retrouvée par tous les auteurs, aussi bien Pequignot (75 % des hommes sur les 54.813 suicides survenus en France en 8 ans) que Farberow et Shneidman (2,3 hommes pour une femme).

B) L'âge

L'analyse de la répartition par groupes d'âge (et par sexe) de 5 ans en 5 ans est consignée dans le tableau I.

Sur le plan méthodologique, nous avons procédé de la façon suivante : d'une part, calcul du pourcentage d'intoxications observées dans chaque catégorie d'âge, d'autre part, calcul d'un pourcentage de fréquence théorique dans chaque catégorie d'âge correspondante de la population normale, en admettant que cette fréquence théorique est proportionnelle au nombre d'habitants de chaque catégorie. L'on observe ainsi des écarts dont il reste à prouver qu'ils ne sont pas le fait du hasard. Ce dernier facteur ne peut jamais être totalement éliminé, mais on considère un écart comme significatif lorsque la probabilité d'intervention du hasard est inférieure à 5 %. Pour ce faire, nous avons utilisé le test χ^2 de Pearson appliqué aux écarts entre un pourcentage observé et un pourcentage théorique. Un écart est considéré comme significatif, lorsque X^2 est supérieur à 3,84 pour $S = 0,05$ (S étant un coefficient indiquant que le résultat a 1 — S chances d'être vrai, par exemple pour $S = 0,05$, 95 % de chances).

Enfin, admettant l'impossibilité d'apparition du phénomène avant l'âge de 10 ans (1), nous n'avons pas tenu compte de ce groupe d'âge dans le calcul des fréquences théoriques.

(1) Il s'agit d'une impossibilité théorique, mais non absolue, quelques cas de T.S. avant 10 ans, tout à fait exceptionnels mais authentiques ayant été décrits dans la littérature.

TABLEAU I. — STATISTIQUES D'ÂGE DES 1000 OBSERVATIONS

	— 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	T
Hommes ..	H	2	35	28	58	31	23	22	16	17	11	3	4	1	2	265
Femmes ..	F	12	131	153	90	90	74	49	42	23	21	13	7	3	5	735

STATISTIQUES TIREES DU SONDAGE AU 1/20 DU RECENSEMENT DE 1962 DU RHONE

	— 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	T
Hommes ..	H	43.840	41.220	35.180	39.800	42.380	40.720	34.480	25.800	31.840	27.400	18.400	12.800	8.080	4.680	435.980
Femmes ..	F	43.200	39.520	34.460	37.160	41.540	40.760	32.540	27.900	35.920	33.020	29.060	22.180	17.760	10.160	480.180

RECHERCHE DES ECARTS SIGNIFICATIFS ENTRE LE POURCENTAGE THEORIQUE ET LE POURCENTAGE OBSERVE

	— 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84
Pourcentage théorique	H	10,05	9,45	8,07	9,12	9,72	9,34	7,91	5,91	7,30	6,28	4,22	2,93	1,85	1,07
Pourcentage observé	M	0,74	13,25	10,22	22,35	11,74	8,71	8,33	6,06	6,44	4,16	1,13	1,51	0,37	0,75
χ^2	S	8,62	1,20	0,57	19,40	0,42	0,042	0,022	0,0038	0,093	0,69	2,26	0,69	1,18	0,096
Pourcentage théorique	F	8,99	8,23	7,17	7,73	8,65	8,48	6,77	5,81	7,48	6,87	6,05	4,62	3,70	2,11
Pourcentage observé	M	1,76	17,79	20,78	12,22	12,22	10,05	6,65	5,70	3,12	2,85	1,76	0,95	0,40	0,68
χ^2	S	5,86	10,11	26,00	2,60	1,46	0,29	0,021	0,0021	2,51	2,38	3,02	2,92	2,94	1,02

Il ressort de cette étude, et cela en accord avec les données classiques, la nette prépondérance dans les deux sexes avant 40 ans (alors que le taux de suicides réalisés augmente régulièrement avec l'âge). Au-delà de 40 ans, la courbe décroît très nettement, de façon moins marquée cependant chez l'homme où les fréquences, après 40 ans, sont proportionnellement plus élevées que chez la femme, en particulier entre 50 et 64 ans.

Il est intéressant de noter un certain décalage entre les deux sexes, en ce qui concerne les groupes à fréquence maximum. En effet, dans le sexe féminin, l'écart est très significatif pour les groupes d'âge 15-19 et 20-24, alors que dans le sexe masculin seul le groupe d'âge 25-29 a un écart hautement significatif.

Mis à part le groupe 10-14 ans, où la fréquence observée est significativement moindre que la fréquence théorique, tous les autres groupes n'offrent pas d'écart très significatif. Il convient de revenir sur le décalage des deux sexes avant 30 ans, en particulier sur le contraste entre les groupes 20-24 et 25-29 chez l'homme. Une première réserve apparaît : le service militaire n'est-il pas responsable du taux relativement faible du groupe 20-24 ? Quelle est l'importance des T.S. chez les jeunes du contingent, ou plutôt le service militaire ne retarde-t-il pas le moment de l'affrontement des responsabilités de la vie d'adulte ? Cette dernière hypothèse nous semble la plus probable, mais seule une étude statistique de la T.S. parmi les appelés, pourrait nous apporter une confirmation. L'on peut, également, invoquer sur un plan plus général le décalage des étapes de maturation psychologique, plus précoces chez la fille que chez le garçon. Farberow et Shneidman, de leur côté, relèvent dans leur courbe d'âge des T.S. un pic à 32 ans pour l'homme, à 27 ans pour la femme. Stengel a également remarqué que les pics des T.S. étaient dans les deux sexes de 24 à 44 ans, plus tôt pour les femmes que pour les hommes.

Nous noterons, enfin, que 14 cas seulement furent relevés avant 15 ans (2 garçons, 12 filles) avec un âge minimum de 13 ans.

C) Profession

Quelques faits peuvent être dégagés, mais avec de grandes précautions qui tiennent à l'imprécision fréquente des renseignements notés dans les observations, aux changements d'emplois possibles des suicidants (parmi lesquels l'instabilité professionnelle est souvent retrouvée), à la différence existant

TABLEAU II
PROFESSIONS

	Etudiants	Enseignants	Professions libérales	Cadres	Représentants
Hommes ..	28	2	0	12	10
Femmes ..	57	18	3	8	—
	Employés de bureau	Commerçants	Artisans	Retraités	Paysans
Hommes ..	22	7	13	20	5
Femmes ..	102	19	11	7	4
	Ouvriers spécialisés	Vendeuses	Manœuvres	Apprentis	
Hommes ..	73		36	3	
Femmes ..	42	17	51	5	
	Gens de maison	Femmes de ménage	Domestiques		
Hommes ..	1		5		
Femmes ..	24	23	19		
	Paramédicaux		Sans profession	Divers	Non déterminé
Hommes ..	6		1	12	11
Femmes ..	45		207	22	28

entre notre recrutement et la population du département (atténuée cependant par la prépondérance industrielle écrasante du département du Rhône).

Les étudiants (secondaire, technique et supérieur) sont représentés en nombre assez élevé : 10 % dans les deux sexes, mais il ne nous a pas été possible de les comparer à la population générale. Gaultier et Coll ont 37 % d'étudiants sur leurs 71 adolescents. Quant aux autres catégories socio-professionnelles, elles sont grossièrement représentées de façon proportionnelle à leur importance respective dans l'ensemble de la population, sauf pour deux catégories :

- Les paysans, avec un écart significatif par défaut que, jusqu'à plus ample informé, nous mettons sur le compte du mode de recrutement.
- Les professions paramédicales, avec un écart significatif par excès pour les deux sexes, en particulier chez les femmes (facilité d'acquisition des médicaments, caractère déjà pathologique de l'opérotropisme paramédical ?).

Certaines catégories qui nous donnaient l'impression d'être d'assez grandes pourvoyeuses de suicidants, tels les gens de maison ou les enseignants, ne « sortent » pas dans nos résultats. Par contre, il semble exister un écart significatif par défaut dans la catégorie « ouvrières » mais ses contours imprécis nous interdisent d'interpréter plus avant.

Farberow et Shneidman ont bien montré également que la T.S., comme le suicide, d'ailleurs, touchait toutes les catégories socio-professionnelles. (« Ce n'est ni le fléau du riche, ni la maladie du pauvre. »)

D) Situation matrimoniale

Nous ne pourrions donner, ici, que des indications grossières, cela pour deux raisons :

— D'une part, un nombre non négligeable d'individus appartient à deux catégories ou davantage (célibataire et concubin, divorcé et remarié, séparé et concubin, etc...).

TABLEAU III. — ETAT MATRIMONIAL

	H. F.	— 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	Total
Célibataires	H. F.	2 12	30 108	22 97	21 33	5 15	4 7	1 7	4 6	1 3	1	2 1	0 2	1			
Veufs	H. F.					1 2	1 3	0 5	5	4	7	9	4	1 4	1 1	1 4	
Divorcés ..	H. F.			2 3	6 4	1 7	1 11	1 9	4	1 1	1	3 1			1		
Total	H. F.	2 12	30 108	24 100	27 37	7 24	6 21	2 21	4 15	2 8	2 7	5 11	6	1 5	1 2	1 4	114 381
Mariés	H. F.		10	3 44	28 48	16 56	12 47	16 25	7 24	11 9	5 13	5 9	2 6	1 2		1 1	
Séparés ...	H. F.		2	6	2 3	3 8	2 1	1 1	2 2	1 1	1 2						
Remariés .	H. F.			1	1	2 0	2 3	1 2	1 1	1 4	2 1		1				10 13
Total	H. F.		12	3 51	30 52	21 64	16 51	18 28	10 27	13 14	8 16	5 9	3 6	1 2		1 1	129 333
Indéterminés ...	H. F.		5 11	1 2	1 1	3 2	1 2	2 0		2 1	2	1 1	1	2	1		22 22

CONCUBINAGE

	Célibataires	Divorcés	Séparés	Veufs	Total
Hommes ..	8	5	4	4	13
Femmes ..	16	19			43

REMARIAGE

	Divorcés	Veufs
Hommes ..	8	2
Femmes ..	8	5

— D'autre part, le sondage au 1/20^e n'a distingué que deux catégories « marié » et « non marié », de sorte que nous n'avons pu établir de comparaison exacte entre les célibataires, veufs ou divorcés de chaque population.

Sur un plan global et en ne considérant que la population au dessus de 15 ans, il y a 60 % de mariés dans la population générale, 47 % parmi les suicidants. Un écart analogue est retrouvé par Farberow et Shneidman : 64 % de personnes mariées dans la population générale, 54 % parmi les T.S. Les proportions sont égales dans les deux sexes.

Parmi les « non mariés », le nombre des divorcés atteint 50 %, de 35 à 44 ans chez la femme. Il ne semble pas que ce taux soit identique à celui qu'on trouverait dans la population générale. En tout cas, cet excès de divorcés a été retrouvé par Lendrum (pour les femmes surtout également), Dahlgren, Schneider. Il ne faut, certes, pas en conclure à une relation de cause à effet entre les deux phénomènes, mais plutôt au fait que le divorce survenant le plus souvent sur un fond de déséquilibre psychique plus ou moins marqué, les deux comportements semblent conditionnés par des troubles mentaux, caractériels ou névrotiques, analogues.

2. FACTEURS FAMILIAUX ET SOCIAUX

1^o SITUATION FAMILIALE

Il s'agit là de facteurs plus directement liés au déterminisme du phénomène suicidaire et qui auraient tout aussi bien leur place dans le chapitre suivant, tellement leur incidence psychopathologique est évidente.

Nous avons relevé quelques faits intéressant la constitution du foyer et qui peuvent être considérés comme des éléments d'une pathologie du foyer : abandon, carence parentale, foyer dissocié, foyer reconstitué, placements dans l'enfance en nourrice ou en internat.

Tous les chiffres trouvés sont des chiffres minimum, car ces notions manquent dans un certain nombre d'observations, surtout celles des sujets âgés de plus de 35 ans. Certes, c'est le

b) *Le taux des carences paternelles*, par contre, apparaît très élevé (86 femmes, 40 hommes). Encore, n'avons-nous retenu que les carences « physiques » : décès, abandon, père inconnu, alors que certaines carences affectives ou éducatives ne sont pas moins importantes, bien au contraire, mais plus difficiles à évaluer. Inversement, d'ailleurs, certains adolescents ont pu investir une image paternelle authentique chez tel ou tel membre de la famille ou de l'entourage.

A noter que nous n'avons tenu compte que des carences survenues avant l'âge de 14 ans. Les résultats sont consignés dans le tableau IV.

Un groupe d'âge est particulièrement éloquent : celui de 15 à 19 ans, avec un total de 50 carences paternelles sur 166 suicidants (30 %). Le taux est supérieur chez le garçon (40 %), un peu plus faible chez la fille (24,4 %). Dans les autres catégories d'âge, les pourcentages sont très nettement inférieurs et il n'est pas possible d'en tenir compte en l'absence de statistiques concernant la population générale.

Gaultier et Coll. retrouvent dans leur groupe d'adolescents 37 % de carences paternelles pour les deux sexes, mais avec une proportion inverse à la nôtre pour chaque sexe (40 % pour les filles, 28 % pour les garçons).

c) *Les carences maternelles* sont moins nombreuses, surtout chez les hommes (16 hommes, 61 femmes). Selon l'âge, l'écart entre carences paternelle et maternelle est particulièrement net chez l'homme entre 15 et 24 ans, ce qui semblerait prouver que l'absence du père est plus importante que l'absence de la mère chez le jeune garçon. Chez la fille, la même constatation est faite de 15 à 19 ans.

d) *Les carences mixtes* sont retrouvées chez 61 malades (12 hommes et 49 femmes). A noter que cette carence globale est retrouvée dans tous les cas masculins au-dessous de 25 ans, comportant une carence maternelle et dans la plupart des cas masculins.

Il apparaît donc que l'absence du père revêt une importance toute particulière, mais on sait qu'elle intervient également dans la genèse de nombreux troubles névrotiques ; c'est toutefois seulement dans le sexe masculin que l'on peut relever

dans notre groupe une plus fréquente appartenance psychiatrique des sujets présentant de telles carences. Quant à savoir si cette carence est plus importante dans un groupe de suicidants ou un groupe de cas psychiatriques n'ayant jamais fait de T.S., cela nécessiterait une étude statistique comparative qui a été effectuée par Bruhn (cité par Gaultier) en Angleterre, lequel a trouvé une absence du père significativement différente dans les deux groupes et plus importante pour les suicidants. Cela, répétons-le, sans tenir compte des cas assez nombreux où l'interrogatoire du jeune suicidant révèle un vécu très pathologique de la relation avec le père, présenté comme abusivement autoritaire, ou au contraire, comme totalement effacé, parfois dévalorisé, soit par l'instauration d'un régime matriarcal, soit par d'autres facteurs tels l'alcoolisme ou l'infidélité conjugale, Ainsi, l'absence d'objet de référence et d'identification, difficilement remplaçable, semble-t-elle être un des traits les plus marquants de l'étude des facteurs familiaux, des suicidants adolescents et jeunes adultes.

e) *La dissociation* du foyer par divorce ou séparation est souvent observée (28 hommes, 61 femmes). Là encore, c'est essentiellement avant 30 ans que l'on retrouve la majorité des cas (23 hommes, 53 femmes), avec les réserves d'usage concernant l'absence de recherche systématique de ce facteur chez l'adulte. Le traumatisme affectif, grave source de désordres névrotiques et de difficultés d'adaptation que constitue cette dissociation, est trop connu pour que nous nous y étendions davantage.

f) *La reconstitution du foyer* par remariage ou concubinage du parent qui a la garde de l'enfant (15 hommes, 26 femmes), à première vue susceptible de rétablir une situation triangulaire normale, s'avère être en fait assez souvent la cause de nouveaux traumatismes affectifs et de situation conflictuelle avec le nouveau conjoint.

g) Enfin, *les placements prolongés* en nourrice ou en internat pendant l'enfance, perturbent toujours plus ou moins, on le sait, le développement affectif. Leur nombre dans notre statistique n'est toutefois pas très élevé (15 hommes, 43 femmes).

Il semble que, en dehors des cas où domine une nécessité économique, l'attitude de rejet des parents, surtout la mère, soit plus nocive que la carence temporaire elle-même.

2° SITUATION DANS LA FRATRIE

A titre indicatif et sans le contrôle indispensable de la population générale, nous avons trouvé :

— Enfants uniques : 24 garçons, 44 filles. La proportion de garçons semble plus élevée. L'on sait que l'adaptation sociale est plus difficile chez les enfants uniques que chez les autres.

— Fratries de 6 enfants et plus : 20 hommes et 69 femmes parmi nos suicidants appartiennent à de telles fratries, dont on sait qu'elles peuvent constituer également un handicap par les frustrations matérielles et affectives qui l'accompagnent assez souvent.

— Place dans la fratrie : nous ne l'avons étudiée que pour l'aîné et le benjamin ; il n'y a pas d'écart sensible (aînés : 11 hommes, 51 femmes ; benjamins : 17 hommes, 44 femmes).

3° NOMBRE D'ENFANTS

Rubrique classique depuis les travaux de Durkheim et Halbwachs en matière de suicide, son application à notre groupe de suicidants ne met pas en relief de « protection » due à la présence d'enfants. Signalons simplement que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'absence d'enfants paraît intervenir de façon plus nette chez l'homme que chez la femme (26 hommes, 28 femmes de 20 à 60 ans).

4° RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE ET MILIEU D'ORIGINE

Les citadins l'emportent évidemment très nettement (224 hommes, 629 femmes) sur les habitants de la campagne (10 hommes, 96 femmes). Mais, deux réserves importantes s'imposent :

- d'une part, les conditions de recrutement du service ;
- d'autre part, les difficultés à classer avec exactitude

toute une population suburbaine, particulièrement dans notre région où les transitions entre la banlieue et la campagne sont souvent assez floues.

Il semble, toutefois, que les T.S. soient plus fréquentes dans les grandes agglomérations que dans les campagnes, alors que le taux du suicide serait moins important dans les grandes villes que dans l'ensemble du territoire (Delore et Pommatau, 1957). Ce point mériterait d'être précisé et une enquête auprès des hôpitaux ruraux nécessaire pour le vérifier, car compte tenu, comme nous le verrons plus loin, de la signification sociale de la T.S., il serait des plus intéressant de comparer le comportement suicidaire des citadins et des ruraux dont les sociologues ont montré les importantes différences dans le mode de structuration sociale.

En ce qui concerne les étrangers, les chiffres ne paraissent pas très significatifs. Nous relevons 78 étrangers, dont 37 naturalisés, 20 Nord-Africains musulmans (11 hommes, 9 femmes), 8 Nord-Africains israélites (1 homme, 7 femmes), 4 sujets des anciens T.O.M., 4 Arméniens. Seul, le nombre de musulmans mérite d'être remarqué, le comportement suicidaire étant classiquement rare chez eux.

5° FACTEURS SOCIOPATHIQUES

Sont groupés, ici, un certain nombre d'éléments qui peuvent être en relation avec la T.S.

a) Des antécédents de *délinquance* sont notés chez 30 hommes et 37 femmes (dont 29 fugueuses). Seuls deux détenus ont été hospitalisés pour intoxication aiguë volontaire, pendant notre période d'observation. *A priori*, on pourrait s'attendre à une plus forte corrélation entre T.S. et délinquance, car le comportement des membres des deux groupes présente de nombreux points communs. En réalité, cette absence de corrélation n'est qu'apparente. Pour Launay et Col, « l'évolution parallèle des tentatives de suicide et de la délinquance juvénile est un fait frappant : dans une enquête faite en 1961-1962 par le Centre de l'Education Surveillée et portant sur 450 jeunes délinquants, la proportion des suicides chez les frères et sœurs de ces sujets est considérablement supérieure à celle

de l'ensemble de la population du même âge. Le passé des uns et des autres est aussi souvent perturbé par les dissociations et conflits familiaux... Et l'on est amené à penser que ce sont les filles qui fuguent ou tentent de se suicider, les garçons fournissant le lot majeur des délinquants agressifs ».

Cette hypothèse est également retenue par l'équipe criminologique de l'Institut de Médecine Légale de Lyon, à la lumière de leur expérience acquise tant à l'annexe psychiatrique de la prison Saint-Paul que des Centres d'éducation surveillée.

b) La solitude est signalée dans 88 cas (32 hommes, 56 femmes) et à tous les âges, mais surtout après 50 ans. Farberow et Shneidmann ont montré que, en regard des 19 % d'isolés de la population de Los Angelès, il y en avait 25 % parmi les T.S. et 13 % dans le groupe des suicidés. Stengel, par contre, trouve plus d'isolés dans ce dernier groupe que dans ses 5 groupes de tentatives.

c) L'existence d'une transplantation plus ou moins récente est notée 64 fois (21 hommes, 43 femmes). Il est remarquable que le nombre de rapatriés d'A.F.N. (exode massif de juin-juillet 1962, donc en plein milieu de la période d'observation considérée) soit des plus restreints (3 hommes, 7 femmes).

3. DONNEES SOCIOLOGIQUES ET CHOIX DU TOXIQUE

Sans doute serait-il plus intéressant de pouvoir comparer l'ensemble des intoxications aiguës volontaires à une population de suicidants par moyens « mécaniques ». Mais nous avons vu que les conditions de recrutement du service rendaient peu probable la représentativité de ces derniers échantillons, sauf peut-être pour la submersion. Par contre, la confrontation des intoxications par ingestion et des intoxications par inhalation de gaz nous a permis de constater quelques divergences, en particulier sur les points suivants (tableau V) :

TABLEAU V. — LES INTOXICATIONS PAR INHALATION (49 H. - 108 F.)

	— 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	T
H O M M E S		3	5	7	3	8	0	3	2	1	2	1	1	1	2	39
F E M M E S		1	1	2	3	0	0	1	2	2						12
Total		4	6	9	6	8	0	4	4	3	2	1	1	1	2	51
Gaz pur . .		9	10	3	10	5	6	7	2	5	4	4	4	0	2	71
Gaz associé		2	0	5	8	6	4	4	3	2	2	0	0	1	1	38
Total		11	10	8	18	11	10	11	5	7	6	4	4	1	3	109

SITUATION MATRIMONIALE (Mariés 48 F. - 30 H. — Non mariés 60 F. - 19 H.)

	Célibataires	C. concubins	Mariés	Séparés	Divorcés	Divorcés remarqués	Divorcés concub.	Veufs	Veufs remarqués	Veufs concub.
Hommes . .	14	1	21	6	0	2	1	3	1	0
Femmes . .	27	3	44	3	5	1	6	17	0	2

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE : NON PSYCHIATRIQUES : 3 H. - 34 F. — PSYCHIATRIQUES : 46 H. - 74 F.

	Soins antérieurs	Mélan-colie	Bouffées délirantes	Alcool	Déséquilibre psychique	Névroses	Démence	Epilepsie	Débiles	États schizophrén.	Délires chroniques
Hommes . .	11	12	1	14	7	6	0	2	2	0	0
Femmes . .	33	21	1	4	17	21	3	2	1	1	2

— *le sexe* : 49 hommes, 108 femmes, soit 2,1 femmes pour un homme, alors que le quotient global est de 2,7/1 et de 3,2/1 pour les seuls psychotropes ;

— *l'âge* : pas de prépondérance pour tel ou tel groupe d'âge chez l'homme, même entre 25 et 29 ans (c'est donc surtout l'intoxication par ingestion qui contribue à l'importance numérique de ce groupe d'âge). Par contre, chez la femme, le faible nombre d'intoxications par inhalation jusqu'à 30 ans (29 sur 374 cas) contraste avec celui trouvé entre 30 et 40 ans (29 sur 164 cas) avec un pic entre 30 et 34 ans (18 cas).

A noter la plus grande fréquence d'intoxications mixtes chez la femme, surtout entre 25 et 60 ans.

Sur le plan matrimonial enfin, le taux des hommes « mariés » et « non mariés » est conforme à celui de la population générale, alors qu'il semble exister un léger excès de femmes « non mariées ».

Une réserve importante doit être faite en ce qui concerne les intoxications oxycarbonées. S'il est, en effet, assez aisé d'établir un pourcentage de mortalité des intoxications volontaires, par ingestion, les complications sévères et la mort n'apparaissant qu'après un laps de temps de plusieurs heures ou plusieurs jours, avec comme conséquence l'hospitalisation dans la majorité des cas, il n'en est pas de même pour l'intoxication oxycarbonée : la rapidité d'action du CO oriente d'emblée un certain nombre de sujets vers l'Institut Médico-Légal. Aussi, pourrait-on adresser à ce mode de suicide les mêmes critiques qu'aux autres moyens physiques en ce qui concerne la validité d'une étude statistique hospitalière. Cependant, l'identité des problèmes thérapeutiques posés, tant sur le plan toxicologique que psychiatrique, l'association fréquente avec l'ingestion de drogues et la fréquence des récidives alternant gaz et drogues, nous ont paru suffisants pour justifier une étude conjointe.

En ce qui concerne la gravité de l'intoxication, selon les facteurs individuels, le groupe des 500 intoxications aux psycholeptiques nous fournit les éléments suivants :

— d'une part, l'écart entre les deux sexes est encore plus grand que l'écart global (3,2/1) ;

— d'autre part, l'ensemble des 67 intoxications définies comme graves comprend 24 hommes, soit 36 %, ou encore « sex ratio » à 1,8/1. Une analyse des raisons de cette différence est délicate : s'agit-il d'une fragilité liée au sexe, l'intentionnalité suicidaire est-elle plus forte chez l'homme ? La prépondérance de ce dernier, dans les statistiques de suicide, fait pencher pour cette dernière hypothèse.

Rappelons enfin que, parmi nos 26 décès, il y eut 10 hommes et 16 femmes.

Le choix des méthodes par intoxications sur un plan aussi massif a joué un rôle déterminant dans la progression du taux des tentatives de suicide. Stengel a montré, sur la population du « Grand Londres », que la courbe des T.S. décrochait nettement celle des suicides à partir de 1948, époque à laquelle fut créé le National Health Service avec, comme conséquence, une plus grande disponibilité et une plus grande consommation de sédatifs, principalement des hypnotiques. Par contre, la courbe des suicides par ingestion de toxiques ne montra qu'une élévation négligeable.

Sans doute est-il difficile de parler d'épidémie au sens propre du terme, c'est-à-dire de nombre anormalement élevé, statistiquement significatif de T.S., en une période donnée pour une population donnée, mais au moins attire-t-il l'attention sur l'aspect de « contagion », entendu au sens où le choix du moyen, sa réalisation peuvent être influencés par des processus de suggestion, imitation et identification. Nous en avons relevé quelques exemples assez typiques :

Observations : B 1396 et B 1399 :

R... Micheline (1396), 21 ans, décoratrice sur tissus — T.S. à l'Alepsal — conflit majeur avec les parents, surtout un père excessivement rigide, au sujet d'une liaison avec un garçon plus jeune. Réprimandée et frappée de surcroît par les parents de ce dernier, elle répète le geste qu'il avait accompli trois jours auparavant, avec le même produit, pour le même motif. Il s'agissait d'un sujet de 18 ans présentant des troubles caractériels depuis un trauma crânien grave survenu un an plus tôt.

Observation B 1900 :

R... Nadine, 14 ans. T.S. Librium et Optalidon chez une orpheline depuis deux ans, recueillie par sa tante. Sa cousine avait fait deux T.S. à 15 jours d'intervalle, deux mois auparavant avec Librium également.

Observation B 886 :

P... Aline, 33 ans, infirmière, deuxième T.S. avec Bellergal et Eunocet sur fond de conflit conjugal avec menaces de séparation et terrain prédisposé (épisode dépressif à 20 ans). La maîtresse du mari avait fait une T.S. trois semaines auparavant, après décision unilatérale de rupture. Chantage réussi puisque la liaison avait renouée, d'où la récurrence de l'épouse.

Encore ces observations ne concernent-elles que des sujets vivant en relation assez étroites. Une étude plus systématique du lieu d'habitation des suicidants pourrait mieux faire ressortir la fréquence de survenue dans certains groupes d'immeubles (grands ensembles en particulier) ou certaines collectivités comme cela a été fait pour les jeunes délinquants. Mais une telle enquête, à *posteriori*, se heurte à d'importants obstacles matériels. Le rôle du comportement suicidaire, surtout par intoxications d'ailleurs, de certains archétypes caractéristiques de notre époque (artistes en particulier), dont les moindres faits et gestes sont rapportés et amplifiés par les organes de diffusion de l'information, n'est enfin pas à négliger.

En guise de conclusion de ce chapitre, voici, pour prendre la mesure de leur ampleur, les éléments sociopathiques regroupés selon les trois cadres habituels : sociopathie familiale, 161 cas (41 hommes, 120 femmes) ; sociopathie conjugale, 290 cas (75 hommes, 215 femmes) ; sociopathie professionnelle (inadaptation, chômage, renvoi...), 128 cas (55 hommes, 73 femmes).

*To die, to sleep... and by a sleep to
say we end the heartache and the thou-
sand natural shocks... For in that sleep
of death what dreams may come...*

HAMLET (acte III, scène 1)

Le wagon s'est dételé.

Un suicidant.

CHAPITRE III

ASPECTS PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Avant d'entrer dans le détail, il convient, à la fin de l'esquisse sociologique et au seuil de l'enquête psychiatrique, de rappeler brièvement les querelles doctrinales concernant le suicide et qui étaient justement axées sur ces deux pôles :

— La « *thèse psychiatrique* » du suicide, chronologiquement la première élaborée, le fut surtout à la suite des travaux d'Esquirol (« Je crois avoir démontré que l'homme n'attende à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicidés sont aliénés »), de Brière de Boismont, d'Achille Delmas, etc... Outre le caractère figé d'une telle attitude, son extension abusive, lorsqu'elle revendique la totalité des conduites suicidaires, l'a partiellement dévalorisée. Tous les travaux récents montrent clairement l'existence d'une population non négligeable de suicidants « non psychiatriques ». Mais surtout, débattre de conduite suicidaire « normale » et de conduite suicidaire « pathologique » est, comme le dit Stengel, plus un problème sémantique que réel, qui restera sans réponse aussi longtemps que les frontières entre états mentaux normaux et pathologiques seront imprécises. Nous nous garderons, d'autre part, de tomber dans l'excès inverse : c'est ainsi que Deshaies, dans son ouvrage devenu classique sur la psychologie du suicide, s'en prend au critère d'inadaptation révélée par la conduite suicidaire et le rejette car par trop entaché, selon lui, de

la notion de morbidité. Pour cet auteur, certains suicides sont adaptés, d'autres non. Il nous semble que, tout en acceptant de distinguer adaptation et morbidité, les conduites suicidaires sont le témoin d'une inadaptation, au moins transitoire et même si elle est suivie d'un comportement plus adapté.

— Quant à la « *thèse sociologique* », née essentiellement des travaux de Durkheim et Halbwachs, elle est faussée au départ par deux faits :

— d'une part, son caractère souvent réactionnel contre les travaux psychiatriques allant jusqu'à affirmer l'absence de rapports entre les troubles psychiques et le suicide ;

— d'autre part, des données statistiques très contestables quant à la provenance et l'authenticité et qui ne concernent d'ailleurs que le suicide réalisé.

Est-ce à dire que le suicide et la tentative de suicide échappent à la sociologie ? Oui, si celle-ci s'érige en théorie étiologique et exclusive du suicide ; non, si l'on adopte la perspective du suicide en tant qu'« acte socialisé ». La phrase de Deshaies, le « thème du suicide est social, une relation existe entre autrui et le suicidant », préfigure les travaux et les conclusions de Stengel, dont il nous faut souligner encore une fois l'influence profonde dans ce domaine et dont nous reparlerons. Ainsi donc, si la doctrine sociologique ne peut être retenue sur le plan dogmatique, le versant sociologique de la T.S. constitue un champ d'étude fructueux lorsqu'il est abordé en relation étroite avec l'aspect psychologique ou psycho-pathologique individuel. Autrement dit, ces deux « thèses » de l'acte suicidaire sont-elles dépassées dans leur apparente opposition par l'analyse du comportement de l'individu dans son contexte social, « en situation ». Aussi, ce chapitre comprendra-t-il deux parties assez différentes : une étude psychiatrique aussi complète que possible, englobant les antécédents familiaux et personnels, les T.S. antérieures, les affections psycho-somatiques et les affections invalidantes, etc... Puis, nous essayerons de nous dégager peu à peu de ces cadres nosologiques pour aborder un plan différent, celui des circonstances et significations de la T.S., valables pour tous les cas, qu'ils soient ou non « psychiatriques ». Nous aurions pu en faire un chapitre spécial, mais les deux niveaux sont trop souvent intimement liés

et la tendance actuelle n'est-elle pas à la revalorisation des processus psychologiques, aussi bien dans le cadre de la psychiatrie classique, que dans toutes les circonstances où un sujet est amené à dépendre peu ou prou d'un médecin.

1. ASPECTS PSYCHIATRIQUES PROPREMENT DITS

Nous abordons, ici, un des points de vue les plus délicats de l'étude de cette série d'intoxications aiguës volontaires, la subjectivité de l'observateur jouant un rôle assez important, ce qui rend assez aléatoires les comparaisons avec des statistiques d'autres auteurs.

Nous n'avons, personnellement, vu qu'une partie des suicidants de cette statistique (le 1/5 environ), mais, pratiquement, tous ont été examinés par le même neuro-psychiatre (Dr Bourrat), dont un compte rendu est notifié dans chaque observation. Cette condition était indispensable pour assurer l'homogénéité du classement nosologique.

A) Antécédents psychiatriques familiaux

Ils sont très difficiles à connaître, car soit ignorés, soit dissimulés par le sujet ou l'entourage lui-même.

— Une hérédité psychiatrique est retrouvée dans 78 cas (21 hommes, 57 femmes), surtout avant 30 ans.

— Une hérédité alcoolique fut notée 70 fois (20 hommes, 50 femmes).

Ces chiffres ne paraissent pas particulièrement lourds, malgré leur caractère déficitaire certain.

— Quant à l'hérédité suicidaire, elle ne fut avouée que dans 33 cas (6 hommes, 27 femmes), ce qui n'est, évidemment, pas un argument en faveur du caractère « héréditaire » des tendances suicidaires. Dahlgren trouve un taux de 6 % de cas de suicides dans les familles de ses suicidants ; Schneider, 40 cas sur 196 hommes et 26 femmes sur 176. En réalité, nous sommes d'accord avec ce dernier auteur pour dire qu'on ne

peut pas élucider le problème de l'hérédité des tendances suicidaires, sans recourir à des méthodes d'analyse beaucoup plus importantes que celles mises en œuvre jusqu'à présent (en particulier, par la comparaison avec des familles normales), l'accumulation de cas de suicide dans une famille ne prouvant pas, à elle seule, le caractère héréditaire de ce comportement.

Toutefois, sur le plan psycho-pathologique, il convient, à notre avis, de retenir la notion de « pseudo-hérédité » prônée par les psychanalystes (K.A. Menninger), qui expliquent la

TABLEAU VI
ANTECEDENTS

		15 à 20		21 à 30		31 à 40		41 à 60		+ de 60		Total	
Soins psychiatriques antérieurs	H. F.	7	26	26	52	10	56	17	44	4	18	64	196
Tentatives de suicides antérieures-récidives	H. F.	5	42	16	73	10	26	17	37	3	16	51	194
Equivalents	H. F.	1	18	11	19	5	16	7	18	2	4	26	75
Hérédité suicidaire .	H. F.	1	7	2	6	1	2	2	8		4	6	27
Hérédité psychiatrique	H. F.	6	24	8	18	4	11	2	4	1		21	57
Hérédité alcool. ...	H. F.	3	25	6	17	8	8	3				20	50

DETAIL DES TENTATIVES DE SUICIDE ANTERIEURES OU RECIDIVES							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Hommes	4	6	8	10	2	5	4
Femmes	31	40	21	27	22	10	12
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84
Hommes	4	5	3	—	—	—	—
Femmes	8	7	5	6	3	1	1

fréquence élevée des suicides dans certaines familles, par l'imitation, la suggestion, puis par des processus d'identification qui font qu'un sujet, qui s'est inconsciemment identifié avec un ascendant suicidé, risque de commettre, par un mécanisme de culpabilité, le même acte, en particulier lorsqu'il aura atteint l'âge auquel son prédécesseur est mort.

B) Antécédents psychiatriques personnels

1° Soins psychiatriques antérieurs

Nous entendons par là les sujets ayant, à une période quelconque de leur vie, consulté un spécialiste psychiatre, été hospitalisé ou interné dans un service ou une clinique spécialisés. Certes, ce critère est indirect et assez extensif, mais il ne laisse pas échapper les antécédents psychiatriques majeurs. 260 fois de tels antécédents ont été retrouvés (soit un peu plus d'un quart des cas) chez 64 hommes et 196 femmes, sans prédominance particulière de tel ou tel groupe d'âge. Nous verrons que ce taux important s'accorde parfaitement avec celui fourni par l'étude du diagnostic psychiatrique.

2° Antécédents somatiques à intrication psychique

Sans doute est-il peu orthodoxe de placer ces antécédents après les antécédents psychiatriques, mais il nous a paru opportun de mentionner, ici, les affections somatiques évolutives ou plus souvent séquellaires, médicales ou chirurgicales, qui ont pu marquer à un moment donné le psychisme du suicidant ou qui continuent, malgré leur stabilisation ou leur guérison anatomique, à être mal vécues par lui, de même les affections qui sont franchement du domaine psycho-somatique.

Nous avons, ainsi, relevé un lot d'états pathologiques assez disparates, qu'encore une fois il faudrait comparer à leur fréquence de survenue dans la population générale et qui comprennent les affections suivantes : tuberculose, ulcères gastro-duodénaux (opérés ou non), recto-colite hémorragique, mutilations génitales et digestives, néoplasmes, traumatismes crâniens et leurs séquelles subjectives, troubles des conduites ali-

mentaires (anorexie mentale, obésité), sans compter les infirmités motrices ou sensorielles, qu'elles soient constitutionnelles ou acquises.

178 cas ont de tels antécédents (52 hommes, 126 femmes). Pour prendre un exemple typique, citons le cas de cette femme de 53 ans (B 1193), qui alternait T.S. et interventions chirurgicales (3 abdominales, dont 2 gynécologiques, une cervicotomie pour goitre) et qui, lors de sa dernière intoxication, réclamait à tout prix sa mutation dans un pavillon de chirurgie connu pour la largesse d'indications de son chef de service. Ce recours abusif à des interventions chirurgicales (syndrome de Munchausen) comporte un symbolisme suicidaire « par délégation » évident dans certains cas, à côté, bien sûr, d'autres motivations et sans aucune malveillance à l'égard des chirurgiens.

En ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, il est classique de citer essentiellement l'anorexie mentale. Or, nous n'avons rencontré d'antécédent de ce type qu'une fois parmi nos intoxiqués. Par contre, nous avons relevé 22 cas d'obésité, dont 21 chez la femme, avec, chez certains, essai de cure d'amaigrissement par restriction alimentaire et anorexigènes, dont le retentissement psychique est connu. En voici quelques cas :

B 2014. — M... Serge, 17 ans, étudiant. Intoxication par l'Imme-noctal. Suivait depuis trois mois un régime amaigrissant avec un anorexigène amphétaminique, a maigri de 11 kg. Depuis un mois, apparition d'insomnie, de modifications de l'humeur avec repli sur soi, de sensibilité accrue aux vexations de l'entourage concernant son embonpoint.

B 270. — T... Adrienne, 30 ans, employée H.C.L. Intoxication au Soneryl — réaction de fuite avant une visite de titularisation déjà refusée pour obésité. Irritabilité depuis le début des cures d'amaigrissement.

B 266. — C... Josette, 18 ans, sténodactylo. Intoxication au Diurilix. Cure d'amaigrissement quelques mois auparavant. A pris les comprimés « pour maigrir et pour dormir ».

B 1311. — P... Monique, 21 ans, secrétaire. Intoxication au gaz de ville chez une fille unique traitée pour obésité quatre ans auparavant avec Thyroxine et une amphétamine anorexigène. Une intoxication à l'Optalidon deux ans après ; aggravation depuis quelques mois des idées obsessionnelles centrées sur l'obésité. Actuellement, anorexie et aménorrhée psychogène, peut-être amorcée d'une anorexie mentale vraie.

B 1701. — B... Monique, 24 ans, commerçante. Intoxication à l'Atarax et Largactil. C'est la troisième T.S. depuis 6 ans. Conflit conjugal sérieux, rôle aggravant d'une cure d'amaigrissement avec anorexigènes quelques mois auparavant.

Certes, il ne saurait y avoir de relation directe entre obésité et cure d'amaigrissement d'une part et intoxication volontaire de l'autre, mais on ne saurait trop tenir compte du terrain psychologique avant d'entreprendre un traitement de l'obésité, surtout en ce qui concerne l'administration des anorexigènes, volontiers sources d'insomnie et de modifications thymiques. D'ailleurs, dans une certaine mesure, on peut se demander si cet effet pharmacodynamique ne va pas de pair avec l'extériorisation de tendances agressives que l'obésité précisément compensait.

Si nous avons cru bon de nous attarder sur ce point, c'est qu'il n'a pas été nettement mentionné jusqu'ici, à notre connaissance.

3° Tentatives de suicide et comportements suicidaires antérieurs.

Le pourcentage de sujets signalant une ou plusieurs tentatives de suicide antérieures (non seulement par intoxication, mais également par d'autres moyens) est élevé : 220, et si l'on compte les récidives hospitalisées pendant les 27 mois, l'on arrive à 245, soit presque 1/4 des cas. Et, là encore, s'agit-il d'un chiffre minimum, certaines T.S. antérieures ayant été dissimulées et d'autres n'ayant pas été réhospitalisées dans le service. Gaultier et Coll. indiquent un taux de 28 % de récidivistes dans leur groupe de jeunes suicidants. Nous reviendrons plus loin sur les caractéristiques de ce groupe important de récidivistes.

— En ce qui concerne les comportements ayant valeur d'équivalent suicidaire, nous n'avons groupé ici que les faits particulièrement apparents : idées de suicide, menaces de suicide, toxicomanies aux hypnotiques. Certains éléments du paragraphe précédent auraient pu rentrer dans ce cadre, comme nous l'avons vu, mais la part d'interprétation est encore trop grande pour leur assigner systématiquement une signification suicidaire.

Les idées de suicide, persistantes depuis plusieurs semaines ou mois, parfois ayant disparu pendant un temps assez long, les menaces de suicide sont d'une fréquence telle qu'elles mériteraient à elles seules une étude autonome. Elles sont, en effet, répandues aussi bien chez les individus sains que chez les sujets atteints d'une affection psychiatrique et il est souvent difficile de faire la différence entre idée suicidaire se suffisant à elle-même, fin en soi, et idée suicidaire, temps initial d'un acte suicidaire en projet, entre menace verbale, simple bravade, et menace verbale, prélude à un acte mortel. Ces menaces, (qu'elles soient verbales, écrites, suggérées par un geste ou une attitude) posent d'ailleurs au médecin, dans la mesure où ces sujets arrivent jusqu'à lui, des problèmes analogues aux T.S.

A titre indicatif, les 50 cas de menaces verbales relevées dans une partie seulement de notre série (500 environ) font justice du lieu commun répandu, que « celui qui veut se tuer ne le dit pas ».

Nous isolons nettement les toxicomanies et abus de médicaments. En effet, la signification auto-destructrice des toxicomanies majeures est admise et il semble que les suicides et tentatives de suicides soient fréquents chez les toxicomanes. Nous n'en avons pas observé de cas dans notre statistique, probablement du fait de la relative rareté de telles toxicomanies dans notre région. Par contre, beaucoup plus significative nous a paru l'existence de toxicomanies, dites mineures, que constitue l'usage abusif de médicaments, au premier rang desquels figurent les hypnotiques et les tranquillisants. Dans 44 cas, nous avons relevé l'usage prolongé de ces drogues à des doses nettement supérieures à la dose habituelle. Il est d'ailleurs souvent difficile de trancher entre tentative de suicide par intoxi-

cation aiguë franche et augmentation simple passagère, avec absorption en plusieurs prises, parfois étalée sur plusieurs jours, de la drogue. En voici quelques exemples :

B 636. — B... Christiane, 18 ans, employée de banque. 1° Intoxication à l'Optalidon en septembre 1961 chez une déséquilibrée psychique, avec inaffectivité et attitude paranoïaque. A noter une cure d'amaigrissement commencée huit jours auparavant. 2° Intoxication, toujours à l'Optalidon, en juin 1962. Entre ces deux T.S. avait fait de nombreuses menaces verbales. Avoue, lors de son deuxième séjour, une consommation, depuis juin 1961, de 10 à 12 comprimés d'Optalidon par jour (achetait un tube de 100 comprimés tous les 8-10 jours) qui entraînaient une légère somnolence, mais avec euphorie. Au troisième jour de l'hospitalisation, alors qu'elle était sortie d'un coma de 24 heures, apparition d'un syndrome de sevrage avec délire onirique, hallucinations visuelles, entrecoupé, comme il est classique, de phases de lucidité.

B 430. — M..., 33 ans, manœuvre. Intoxication subaiguë à l'Eunoctal (9 comprimés par jour pendant trois jours). Ancien engagé volontaire, séjour en Indochine. Ethylisme ayant nécessité deux cures de désintoxication (1954 et 1959) ; actuellement et depuis la dernière cure, barbiturisme à l'Eunoctal avec des doses oscillant entre 6 et 8 c. par jour. Hospitalisé un mois plus tard à la clinique Neuro-Psychiatrique, fait une fugue le lendemain de son admission. Continuait toujours à prendre de l'Eunoctal.

B 1481. — Ch... Mireille, 36 ans, artiste de théâtre à l'existence mouvementée, tant sur le plan professionnel que sentimental, qui en est à sa quatrième T.S. (les deux premières par section de veines, la troisième au gaz de ville, cette dernière à l'Immenoctal). Barbiturisme à l'Immenoctal (4 à 10 comprimés par jour). Nombreux séjours en cliniques spécialisées depuis sept ans, sans grande efficacité sur ce fond de déséquilibre constitutionnel.

B... 1437. — T... Roger, 42 ans. Intoxication aiguë par Kinortine (amphétamine dextrogyre) et Tofranil + Equanil. Il s'agit d'un déséquilibre constitutionnel uraniste, qui traverse des phases d'excitation hypomaniaque avec prodigalité pathologique et qui s'intoxique depuis plus de 20 ans aux amphétamines. D'ailleurs, ce sujet oscillait sans cesse entre l'intoxication chronique subaiguë ou aiguë.

B 2235. — C... Solange, 34 ans, assistante hospitalière. Absorption (mars 1963) en plusieurs prises de 9 comprimés de Binoctal « pour dormir ». (Elle prend d'ailleurs régulièrement deux comprimés d'Imménoctal et deux d'Eunoctal ou Binoctal chaque matin, car travaille comme veilleuse. La nuit absorbe volontiers Optalidon et Aspirine comme excitants, ce qui arrive à faire un total de 10 à 15 comp. par jour). Avait fait une première T.S. franche en octobre 1962 avec Gardénal + Binoctal + Phénergan et en fera une troisième en juin 1963. Il s'agit d'une mère célibataire, présentant une névrose caractérielle grave, traitée par un spécialiste pour une décompensation sur le mode dépressif. L'appétence aux barbituriques serait née après une cure de sommeil.

La liste des équivalents suicidaires est loin d'être épuisée. Il faudrait encore citer l'alcoolisme, dont la signification suicidaire à long terme est évidente, au même titre que les toxicomanies majeures. Il convient d'en rapprocher certaines ivresses (que nous avons un peu arbitrairement éliminées du cadre de notre étude), réalisées par une ingestion massive d'alcool dans un but consciemment suicidaire chez des individus non alcoolomanes d'habitude.

Le problème des accidents, d'automobile en particulier, mériterait également une étude systématique. Nous avons retrouvé 2 cas d'accidents de voiture antérieurs, spontanément mis sur le compte, par le sujet lui-même, de pulsions suicidaires.

Nous ne pouvons mieux illustrer ce qui précède avec ces réflexions d'une suicidante de 40 ans, qui décrit le comportement de son mari de la façon suivante : « Il conduit à 110 à l'heure dans les rues de Grenoble, il se met à boire et il veut aller s'installer en Guyane. » Elle admet avoir repris à son compte ce comportement suicidaire car, dit-elle, « après dix-huit ans de mariage, celui-ci est devenu une partie de moi-même ».

C) Le diagnostic psychiatrique

Diagnostiquer des troubles psychiques, quels qu'ils soient, chez des suicidants, n'équivaut pas à établir un rapport étroit de cause à effet entre le geste suicidaire et le terrain mental

pathologique, même chez les psychotiques. Nous y revenons, mais il nous a paru utile de le souligner dès maintenant, afin de ne pas se méprendre sur le sens du diagnostic psychiatrique. Les éléments de ce dernier indiquent simplement la fréquence des différents syndromes psychiatriques constatés chez nos suicidants, au moment de leur geste. Là encore, il aurait fallu comparer la proportion de chaque catégorie nosologique de notre population d'intoxiqués à celle des malades hospitalisés dans un service de psychiatrie, ce qu'a fait P.B. Schneider. Nous avons conscience de cette lacune. D'un autre côté, nous avons évité une trop grande multiplica-

TABLEAU VII
DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

	H. F.	15 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 60	+ 60	<i>Total</i> H. F.	
Mélancolie	H. F.	7 3	6 15	13 13	5 25	16	31	72
Bouffées délirantes	H. F.	1 1	2 2	1 1	2 1		6	5
Alcoolisme	H. F.	1	12 2	18 8	31 17	5 3	66	31
Epilepsie	H. F.	3 11	5 10	7 3	5 4		20	28
Déséquilibre psychique	H. F.	13 56	25 37	13 24	9 13		60	130
Névroses, Etats dépressifs	H. F.	6 17	14 42	9 34	13 31	3 10	45	133
Etats Schizophréniques	H. F.	3 3	5 2	2 1			10	6
Délire chronique	H. F.		1	1 4	2 6	3	4	13
Démences séniles	H. F.					3	0	3
Arriération	H. F.	2 9	2 4	4	1 4	2	5	24
Non psychia- triques	H. F.	9 65	22 103	12 50	6 27	6 9	55	254
Sujets psychiatriques.	H. F.						210	481
Crise juvénile ..	H. F.	6 33					6	33
Divers							8	7

tion des cadres nosologiques et utilisé seulement ceux mentionnés sur la carte perforée d'examen criminologique du Laboratoire de Médecine Légale. A noter que, sous la rubrique, « Déséquilibre psychique », nous comprenons également ce que d'autres auteurs décrivent sous le nom de personnalité psychopathique ou névrose de caractère. Enfin, il faut tenir compte du fait que certains cas sont répertoriés dans plusieurs catégories (par exemple, épilepsie + alcoolisme). La rubrique « Divers » groupe les cas pour lesquels un diagnostic précis ne pouvait être porté avec certitude, du fait de la brièveté du séjour, mais qui se présentaient cependant comme des malades psychiatriques. Les résultats bruts sont éloquentes : 79 % des hommes, 65,5 % des femmes ont été ou sont atteints de l'une ou l'autre, ou de plusieurs des différentes affections mentales envisagées. Il reste, toutefois, $1/5^e$ des hommes et $1/3$ des femmes, en gros, qui échappent à cette classification et cette minorité nous paraît très importante sur le plan théorique. En effet, la lecture des tableaux de diagnostic psychiatrique d'auteurs tels que Stengel et Schneider montre l'appartenance psychiatrique de 100 % des cas, différence essentiellement au profit d'ailleurs des « psychopathic reaction » pour le premier et des « déséquilibres caractériels » pour le second, diagnostic que nous n'avons retenu que lorsqu'il existait d'autres arguments en sa faveur et non lorsqu'aucune autre éventualité ne pouvait être invoquée. Il est vraisemblable que les modalités de recrutement expliquent en partie cet écart, ce qui démontre encore une fois la nécessité d'une observation « sur le tas » et non uniquement dans des services spécialisés où l'étiquette psychiatrique est évidemment systématique.

Quelques points méritent d'être soulignés quant à la répartition des affections. Viennent en tête les déséquilibres psychiques (190 cas, la grande majorité avant 40 ans), suivis de près par les états névrotiques et dépressifs (178 cas), puis les états mélancoliques (103). Les états schizophréniques sont, par contre, peu fréquents : 16 cas. La sécheresse de ces chiffres ne doit cependant pas cacher la réalité mouvante d'une telle classification nosologique : il est certain qu'un certain nombre d'accès mélancoliques atypiques du jeune sont inauguraux d'états schizophréniques, de même que certains états dépres-

sifs pourront récidiver sous forme d'accès mélancolique, etc... Remarquons, enfin, le nombre assez élevé d'épileptiques (48, lesquels présentaient, pour la plupart, des troubles caractériels).

En ce qui concerne les névroses proprement dites, elles sont retrouvées seules, sans élément dépressif surajouté 79 fois (59 femmes, 20 hommes). La névrose hystérique est évidemment prédominante chez la femme (27 cas), alors qu'aucune ne ressort particulièrement chez l'homme. Un fond névrotique est beaucoup plus souvent rencontré que des éléments réactionnels dans la genèse des états dépressifs non psychotiques.

L'alcoolisme intervient dans 97 cas (66 hommes, 31 femmes). Sa nette prédominance masculine (pas plus importante cependant que dans un service spécialisé) explique en partie le taux plus fort chez l'homme de suicidants « psychiatriques ».

Au total on peut admettre, avec Schneider, que le groupe des suicidants se rapproche plus d'une population « psychiatrique » que d'une population « normale ».

Notons, pour finir, l'existence, chez les adolescents, d'un état qui est à la limite du pathologique et que l'on désigne sous le terme de « crise juvénile » (opposition aux parents, à un état de dépendance en général, rarement préoccupations métaphysiques).

D) Récidives

Nous avons vu que 245 intoxiqués avaient déjà fait une T.S. ou ont été hospitalisés deux ou plusieurs fois pour intoxication pendant notre période d'observation (194 femmes, 51 hommes). Sur les 194 femmes, 141 (72,6 %) ont moins de 40 ans, ce qui correspond au pourcentage de notre population de suicidantes du même âge (75 %). Même remarque chez l'homme et, dans les deux sexes, existe un certain parallélisme entre les groupes d'âge détaillés des récidivistes et du total des de suicidantes du même âge (75 %). Même remarque chez suicidants. La récidive ne semble donc pas être l'apanage de telle ou telle période de la vie.

Sur le plan des moyens, à remarquer :

— Emploi du même toxique	28 cas.
— Emploi de drogues différentes	60 cas.
— Alternances drogues - moyens mécaniques	37 cas.
— Récidives uniquement au gaz	11 cas.
— Alternance gaz et drogues	28 cas.
— Divers (association de différents moyens à chaque T.S., emploi de trois moyens et plus, successifs et différents	81 cas.

55 sujets ont récidivé trois fois et plus.

L'intérêt d'une telle énumération est de montrer que les récidivistes passent facilement d'un moyen à l'autre et qu'il est rare que la carrière d'un suicidant répétitif ne soit pas émaillée d'une ou plusieurs intoxications, ce qui ne fait qu'augmenter les chances de validité en matière de T.S. en général des notions fournies par l'étude des seules intoxications.

Nous avons recherché les corrélations possibles entre les récidivistes et le diagnostic psychiatrique. Celles-ci n'apparaissent nettement que pour les hommes (87,8 % « psychiatriques », soit 8,8 % de plus que le total des suicidants) alors que chez les femmes la différence est moins nette (71,3 % « psychiatriques », soit 5,8 % de plus).

Gaultier et Coll. ont trouvé une relation significative entre les antécédents psychiatriques et la récidive.

La gravité toxicologique croissante classiquement signalée à chaque nouvelle T.S. ne nous a pas paru être de règle, sauf peut-être en cas d'identité de produit. En voici deux exemples :

B 784. — Femme de 31 ans, utilisation de Soneryl. Première intoxication en 1957 : quelques comprimés. Deuxième intoxication en 1961 : 20 comprimés. Troisième intoxication en 1963 : 40 comprimés.

B 1349. — Homme de 56 ans. Etat dépressif déclenché par la mort de la mère. Peu après se fait arracher les dents sans raison valable. Trois mois plus tard, première T.S. par section de veines

du poignet, suivie, le mois suivant, d'une intoxication par le gaz de ville, la veille de l'enterrement d'un ami. Six mois après, est retrouvé mort dans sa voiture, un tuyau reliant le pot d'échappement à l'intérieur du véhicule.

Il faut aussi tenir compte du fait que des différences de posologie, minimes aux yeux du médecin, peuvent paraître plus déterminante aux yeux du suicidant.

En réalité, pour apprécier à sa juste valeur l'importance du groupe des récidivistes, il serait nécessaire de suivre une population donnée de suicidants, pendant 15-20 ans. Les études catamnétiques de Schneider ont montré 35 % de récurrence chez les hommes, 31 % chez les femmes, suivis pendant au moins 10 ans après la tentative étudiée. Cet auteur a également montré que ce sont les individus qui se suicideront par la suite, qui ont fait auparavant le plus de récurrences de la tentative. D'où la valeur pronostique de ces récurrences, les sujets recourant à ce mode réactionnel et l'employant à nouveau par la suite en cas de situations conflictuelles ou autres identiques et le geste pouvant alors réussir.

E) Tentatives de suicide « élargies »

Nous n'en avons que deux cas, ayant la particularité d'intéresser des sujets ayant effectué leur geste d'un commun accord, autrement dit, il s'est agi de tentatives de suicide à deux et non de ces suicides collectifs dans lesquels l'auteur ne demande pas l'avis de ceux qu'il veut associer à son geste.

B 1722 et B 1721. — Epoux D... Eugène, 52 ans, et D... Joséphine, 46 ans. Intoxication mixte CO + alcool. Infidélité de l'épouse ayant entraîné un état dépressif réactionnel du mari. Après libation, ouverture du robinet à gaz... mais la femme s'effraie rapidement et alerte le voisinage.

B 2026 et B 2028. — B... Jeanne, 42 ans, et sa mère, B... Jeanne, 64 ans. Intoxication mixte gaz de ville et Equanil. Délire à deux sur une histoire de vente de terrain et de préjudice consécutif, l'inducteur semblant avoir été la fille, débile hypoacousique, la mère ayant déjà été soignée pour état dépressif.

2. CIRCONSTANCES ET SIGNIFICATIONS DE LA T.S.

1. Facteurs déclenchants ; mobiles

Ce sont l'événement ou l'ensemble d'événements (échelonnés dans le temps ou simultanés) invoqués pour expliquer, voire justifier la conduite suicidaire, soit par le suicidant, soit par l'entourage, soit par le médecin. Il importe de ne pas considérer ce mobile comme la cause de la T.S., car il ne saurait y avoir de rapport de cause à effet aussi étroit entre un comportement humain d'une extrême complexité et un événement accidentel, même très grave et traumatisant pour le sujet. Cependant, cet élément ne doit pas pour autant être négligé, mais replacé dans le contexte de la situation et analysé dans ses rapports avec le passage à l'acte ; c'est ainsi que Deshaies l'inscrit dans ce qu'il appelle le processus de facilitation du suicide, qui résulte de trois groupes de faits :

— La sommation biographique, c'est-à-dire l'accumulation au cours de l'histoire de l'individu, de conflits, de difficultés et d'échecs dont aucun seul ne serait efficace, mais dont les effets s'ajoutent, le dernier aboutissant au geste suicidaire. Cela explique la disproportion fréquemment relevée entre la « cause apparente » minime de la tentative et la gravité éventuelle de cette dernière. Quant à l'objection analytique d'une conduite auto-punitive de base étant à l'origine des divers échecs, pour valable qu'elle soit dans certains cas, elle n'entame pas, pour autant, le caractère nocif en soi de l'accumulation d'échecs de tous ordres.

— La convergence des événements intervient également ; il s'agit de la rencontre significative d'une disposition caractérielle prédisposée, émotive le plus souvent ou encore impulsive, qu'elle soit permanente ou en rapport avec une période physiologique (puberté, ménopause, phase pré-menstruelle) avec divers événements : maladie physique, infirmité, deuil, ruine, etc... ; en outre, l'isolement affectif et social, la désinsertion d'un cadre d'activité défini, parfois le contraste avec la vie heureuse des autres, tout cela est vécu et intégré dans une même finalité.

Analysons succinctement les « événements » les plus fréquemment invoqués par nos intoxiqués :

— un deuil récent était noté dans 30 cas (5 hommes, 25 femmes) ;

— des ennuis financiers et d'ordre professionnel furent invoqués par 59 sujets (25 hommes, 34 femmes) ;

— ce que l'on englobe sous le terme « pathologie de la maison » (déménagement, expulsion, logement notoirement insuffisant, etc...) intervient chez 61 sujets (10 hommes, 51 femmes) ;

— la crainte phobique d'une maladie grave fut notée 22 fois (6 hommes, 16 femmes). Il s'agissait surtout de cancérophobie ; ce taux paraît faible eu égard au nombre de sujets nosophobiques rencontrés quotidiennement dans les consultations ;

— les événements de la vie génitale de la femme sont représentés par 28 femmes enceintes, 13 qui croyaient l'être (parfois sur un retard de règles de quelques jours). Deux T.S. survinrent dans le post-partum. Quant au rôle de la phase prémenstruelle, des petits troubles du caractère et de l'humeur qui la précèdent ou l'accompagnent, il s'agit d'une notion bien classique mais que nous n'avons pu vérifier avec précision, vu l'absence de renseignements systématiques sur les règles ;

— les conflits de tous ordres sont très fréquents, ce n'est pas pour étonner :

- conflit avec le père (6 hommes, 33 femmes),
- conflit avec la mère (2 hommes, 53 femmes),
- conflits avec d'autres tiers, beaux-parents, voisins, patrons, etc... (11 hommes, 33 femmes),
- conflits sentimentaux chez les célibataires (24 hommes, 100 femmes) et chez les gens mariés (4 hommes, 22 femmes), en dehors des sociopathies conjugales déjà citées.

— Citons, enfin, un facteur déclenchant un peu spécial : l'ingestion d'alcool au moment de l'intoxication ou peu avant est notée dans 61 cas (41 hommes, 20 femmes). Cet alcool était le plus souvent destiné, plus ou moins consciemment, à facili-

ter le passage à l'acte. Dans quelques cas, il a pu avoir un rôle plus déterminant en faisant apparaître l'intention suicidaire.

Tous les facteurs précédents sont parfois consignés dans une lettre que le suicidant laisse pour justifier ou expliquer son geste. Tel fut le cas pour 51 sujets (25 hommes, 36 femmes), qui ne firent d'ailleurs pas de T.S. plus graves que les autres. Farberow et Shneidman, qui se sont beaucoup intéressés à cette question des « suicidal notes », ont montré que 35 % des hommes et 39 % des femmes parmi les suicidés, laissaient un témoignage écrit, alors que le taux est beaucoup plus faible parmi les tentatives de suicide.

2. Heure de la T.S.

La grande majorité des intoxications sont réalisées la journée, en nombre égal de 4 heures à 12 heures (75 hommes, 216 femmes) et de 12 heures à 20 heures (77 hommes, 222 femmes). De 20 heures à 4 heures, sans être rares, les T.S. sont moins fréquentes (55 hommes, 143 femmes).

Comme on peut s'en rendre compte, le sexe n'influe pas sur la tranche horaire ; ces données concordent avec celles de Gaultier et Coll. qui, en outre, n'ont pas trouvé de rapport entre l'heure de prise et la qualité du produit, ni entre l'heure de prise et la gravité de l'intoxication appréciée par l'état de coma.

Enfin, dans 89 cas, le produit toxique a été absorbé en plusieurs prises au cours de la journée.

3. Probabilité de la découverte.

Il s'agit là d'un élément difficile à déterminer et pourtant important à connaître, car il permet dans une certaine mesure d'apprécier la signification du geste, plus que l'horaire ou la dose ingérée. C'est un des principaux critères utilisé par Stengel et Farberow pour évaluer le « degré d'intentionnalité » ou la « potentialité auto-destructrice ».

Une découverte certaine était le fait de 300 intoxiqués (67 hommes, 233 femmes), probable dans 441 cas (110 hommes, 331 femmes), improbable 149 fois (54 hommes, 95 femmes).

La plupart des suicidants, en effet, accomplissent leur geste chez eux, en connaissant la présence de l'entourage dans une pièce voisine, ou le retour prochain du tiers, parent ou ami. Certains préviennent immédiatement après la prise du toxique, parfois même celle-ci a lieu devant un ou plusieurs membres de l'entourage. Mais, et ceci est de grande importance, la tentative peut être grave malgré l'absence d'isolement, et Gaultier et Coll. ont montré qu'il n'y avait aucune différence significative quant à la gravité du suicide, selon la présence de tiers à proximité ou non. Aussi ce critère n'a-t-il rien d'absolu.

Liée à la notion de probabilité de découverte, le délai entre l'intoxication et sa découverte est généralement bref, inférieur à une heure dans 175 cas (43 hommes, 132 femmes), compris entre une heure et 3 heures dans 375 cas (92 hommes, 283 femmes), entre 3 et 12 heures dans 218 cas (63 hommes, 155 femmes), supérieur à 12 heures dans 48 cas (17 hommes, 31 femmes).

4. Les formes de la tentative de suicide

Nettement déterminées par l'état de la conscience au moment du geste suicidaire, on comprend qu'elles soient assez difficiles à préciser et à ranger, par exemple, dans l'un ou l'autre cadre de la classification progressive de Deshaies : suicide automatique, émotif, passionnel, rationnel. Fréquemment, les intoxiqués affirment ne garder qu'un souvenir assez vague des préparatifs et de la réalisation de leur geste, soit du fait de la longue durée du coma (surtout en cas d'intoxication oxycarbonée), soit plus souvent par refoulement névrotique destiné à diminuer l'angoisse liée à la remémoration de l'acte.

L'on peut cependant distinguer différents types de passages à l'acte, selon leur degré d'organisation : raptus soudain au cours desquels la conscience est très perturbée et l'anxiété très vive (55 hommes, 117 femmes) ; impulsions, avec un aspect d'obligation irrésistible de passer à l'acte, de loin le type le plus fréquent (183 hommes, 554 femmes). Beaucoup plus rare-

ment, on a affaire à une T.S. délirante (26 cas) ou à la T.S. dite « bilan » (14 cas), où l'acte est réfléchi, apparemment conséquence logique d'une situation réelle.

D'un autre côté, il importe de différencier les T.S. qui n'ont que valeur de symptôme, révélant un état pathologique antérieur ou survenant comme une complication de cet état : 155 cas (53 hommes, 102 femmes) et les T.S. ayant valeur de véritable syndrome, le geste suicidaire restant au premier plan de la scène clinique, les autres éléments pathologiques, rarement absents, restant au deuxième plan ; c'est l'éventualité la plus fréquente (194 hommes, 586 femmes). Cette distinction a un intérêt d'orientation thérapeutique certain : traitement de l'affection mentale d'abord dans le premier cas, traitement en priorité de l'état suicidaire dans le deuxième cas.

5. Les fonctions de la T.S.

Il s'agit là d'un aspect capital de la T.S., celui qui l'envisage dans ses véritables dimensions, qui lui donne ou au moins tente de lui donner tout son sens, son intentionnalité qui ne saurait se réduire à la mort seule, car le suicidant effectue pratiquement toujours son geste par rapport à autrui ; c'est dans cette perspective d'une relation perturbée que tous les travaux récents envisagent la signification profonde de la T.S. Sans doute cette approche n'est-elle pas suffisante pour élucider un acte aussi complexe et d'essence encore mystérieuse. Mais c'est la seule qui, au niveau actuel d'élaboration de nos idées sur l'homme et son comportement, éclaire d'un jour nouveau le suicide et offre de réelles possibilités thérapeutiques.

C'est dans cet esprit que nous parlerons d'abord des fonctions « sociales » de la T.S.

a) FONCTION D'APPEL

C'est le grand mérite de Stengel que d'avoir proposé ce terme et attiré l'attention sur cet aspect. Cet auteur estime en effet qu'il est nécessaire de considérer la T.S. sans idée préconçue quant à son but et à sa signification biologique (qui ont été, jusqu'ici, étudiés surtout sous l'angle auto-destructeur).

Analysant dans trois groupes différents de suicidants la probabilité d'intervention des autres (montrant d'ailleurs, comme dans notre étude, que peu de T.S. sont réalisées dans des circonstances telles qu'elles entraîneraient la mort à coup sûr), il cherche à savoir, non pas le degré de « sincérité » du geste, notion finalement assez négative, mais plutôt l'importance de la demande d'intervention d'autrui. Certes, cette demande est le plus souvent inconsciente, parfois même masquée par des tendances franchement auto-destructrices, surtout si l'appel est resté sans réponse une ou plusieurs fois précédentes. S'il fallait trouver un symbole pictural de la T.S., ce serait, pour Stengel, un « Janus-bifrons », avec une face dirigée vers la destruction et la mort, et l'autre vers le contact humain et la vie. Toute la remarquable monographie de cet auteur est centrée sur ce plan de recherche, réalisé grâce à des études catamnestiques fouillées, en vue de préciser les effets d'une T.S. sur les relations sociales de l'individu. Même pour les sujets présentant une affection psychiatrique précise, la T.S. joue le rôle de signal d'alarme, elle est l'instrument de leur hospitalisation, évitant ainsi parfois l'aggravation de l'affection sans traitement, et peut-être le suicide. Cette fonction d'appel est extrêmement claire chez les sujets, assez nombreux, qui après l'intoxication se dirigent ouvertement vers l'autre (téléphone, aveu aux proches, aux camarades de travail sur les lieux auquel le sujet présente les malaises consécutifs à l'intoxication perpétrée à son domicile). Il semble d'ailleurs que cette fonction d'appel n'est vraiment efficace que dans la mesure où le sujet est hospitalisé. En effet, l'admission à l'hôpital après une T.S. constitue un des changements les plus intensément vécus d'environnement social dont un sujet peut faire l'expérience dans sa vie. Ses proches et les membres des divers groupes auxquels le sujet appartient sont certainement touchés par les remous de l'hospitalisation et il semble que l'intervention médicale, parfois un peu dramatique, rehausse la portée sociale du geste. Il n'est qu'à observer les réactions de l'entourage lors de l'hospitalisation, sur le mode tantôt de la culpabilité, tantôt de l'agressivité, rarement indifférentes et neutres. Dans des circonstances plus favorables d'admission, une étude systématique de ces réactions aurait un réel intérêt.

Certains auteurs, à la suite de Strauss (cité par Stengel), ont été tentés de considérer cet appel comme une réaction hystérique. D'autres, comme Paerregaard, de l'équipe du Centre d'Intoxication de Copenhague, considèrent que l'accroissement des tentatives de suicide compense dans une certaine mesure la diminution des réactions hystériques, plus fréquentes au cours des décades précédentes. Sans doute existe-t-il, d'une part, nous l'avons vu, un grand nombre de T.S. au cours des névroses hystériques, d'autre part, un aspect hystéroïde chez de nombreux déséquilibrés caractérisés suicidants, mais on ne peut franchir le pas qui consisterait à mettre sur le même plan T.S. et comportement hystérique. Ce dernier se suffit à lui-même le plus souvent, se contentant d'accentuer des attitudes courantes, de préférence celles de haute valeur communicative. Aussi, pour Stengel, si la T.S. n'avait pas de fonction d'appel, elle serait moins fréquente chez les hystériques que parmi les autres types de personnalités et la notion de bénéfices secondaires retirés de la constitution de symptômes réagissant sur le monde extérieur en tant que critère principal de la réaction hystérique paraît, en matière de T.S., beaucoup moins efficace et souvent contre-balancé par des inconvénients.

À titre indicatif, signalons que cette fonction d'appel était particulièrement évidente dans 197 cas (42 homme, 155 femmes).

b) FONCTION CHANTAGE

Si nous nous sommes un peu étendus sur les relations entre T.S. et hystérie, c'est pour démembrer cette fonction classique que nous voudrions démystifier, la fonction de chantage. Ce terme est trop souvent employé dans un sens moralisateur pour avoir le droit de persister dans le vocabulaire médical. (Il n'est pas utilisé dans la littérature anglo-saxonne.) Plus grave, il est, sur le simple plan toxicologique, synonyme de bénignité alors que souvent il n'en est rien, comme le prouvent les exemples suivants :

B 2298. — A... Arlette, 27 ans, sans profession. Intoxication grave au Rimifon (3 g) avec coma et état de mal comitial ayant nécessité une trachéotomie. L'intoxication a eu lieu pendant une courte absence du mari (1/2 heure), la suicidante en connaissant la durée approximative. Le mobile en était une simple dispute conjugale.

B 1078. — D... Guy, 16 ans, régleur. Intoxication au Procalmadiol (70 c.), Nozinan (30 c. à 2 mg) et Striadyne (30 c.). Coma grave de 24 heures avec collapsus cardio-vasculaire sévère. Depuis deux ans ce sujet avait un comportement délictuel à répétition (vols de vélomoteurs, fugues d'internats spécialisés). Dépôt sentimental récent, avoue que son intoxication « c'était du cinéma pour faire peur à sa petite ». D'ailleurs la découverte était certaine (lettres remises en main propre à son amie, la mère de celle-ci et la sienne avant la T.S.).

Rappelons ici l'observation mortelle par ingestion de liqueur de Fowler après une discussion avec l'époux chez une femme de 47 ans.

Nous avons quand même conservé le cadre de cette fonction, dans lequel s'inscrivent 298 sujets (58 hommes, 240 femmes). A vrai dire, il est souvent difficile de la différencier de la précédente et on les retrouve souvent associées. L'on peut d'ailleurs constater que, dans les cas où le chantage paraît évident sur le seul vu des mobiles de l'acte, une analyse plus minutieuse peut montrer que, au plan des motivations profondes, il s'agit en fait d'un appel vrai, dissimulé derrière une apparence de chantage.

c) FONCTION ORDALIQUE

Cette fonction a également été bien précisée par Stengel : « le terme ordalique, dit-il, étant pris ici dans son sens original, c'est-à-dire une épreuve antique dans laquelle une personne était soumise ou se soumettait elle-même, devant la communauté, à un test dangereux dont le résultat était considéré comme un jugement divin ». Cet aspect nous est rarement apparu comme nettement prédominant mais plutôt inscrit en filigrane dans de nombreuses T.S., en particulier toutes les fois que les circonstances matérielles de l'acte laissent une place

importante au hasard, à l'intervention d'un facteur extrinsèque imprévisible (absorption de drogues de toxicité inconnue, possibilité d'intervention d'autrui assez précoce mais avec une probabilité plus ou moins grande).

On l'a parfois comparé à l'activité de jeu, aux T.S. de déterminisme ludique (Deshaies), qui peuvent naître de motivations similaires. De nombreux sujets prennent conscience de ce trait de leur acte suicidaire lorsqu'on attire leur attention sur ce qui, outre l'intérêt théorique, présente un intérêt pratique net, surtout chez l'adolescent, comme levier psychothérapeutique.

Nous l'avons retrouvé au premier plan dans 54 cas (19 hommes, 35 femmes).

Ces trois fonctions sont assez proches et représentent la face tournée vers la vie du « Janus bifrons ». Avec C. Vauterin, il paraît logique et intéressant de les hiérarchiser ; « au sommet se situe la fonction d'appel à l'état pur, appel ouvert, adressé à un autre être défini ou anonyme, mais auquel une certaine liberté de décision de réponse est laissée, son aide étant attendue comme un don » ; l'« appel ordalique » est déjà moins pur, implique une notion de contrainte dans la mesure où il exige une réponse qui, même si elle est attribuée à une instance magique, engage et soumet à la fois le sujet et l'autre. C'est au troisième terme de cette progression qui va d'une relation à autrui, libre, oblativ, à une relation contrainte, captative, que l'on peut réserver la qualification de chantage. Ici, il n'y a plus vraiment appel à l'autre, mais exigence et menace ».

Ainsi, l'on peut se rendre compte que la T.S. perpétue l'ambivalence des relations humaines. Dans la grande majorité de nos observations l'individu, au cours de la réalisation de son acte suicidaire, ne quitte pas franchement le champ social ou du moins ne s'en éloigne pas suffisamment dans l'espace et dans le temps, pour s'en rendre indépendant. Comme dans les groupes de Stengel, il n'existe dans notre statistique qu'une minorité d'isolés pendant le geste suicidaire.

A la lumière de ce qui précède, la survie apparaît donc au moins comme un résultat aussi légitime et naturel que la

mort, qui ne peut plus constituer le seul critère de succès des tentatives de suicide « réussies » ou non.

Cependant, tomber dans l'excès inverse serait une erreur et cet aspect auto-destructeur est malheureusement souvent présent. Nous avons simplement voulu commencer par ce qu'il y avait de plus positif et de plus fertile sur le plan thérapeutique dans la signification de la T.S.

d) FONCTION AUTO-DESTRUCTRICE

C'est évidemment la plus apparente, mais aussi la plus difficile à appréhender, car le degré de conscience qu'en a le sujet est très variable selon les cas, et qu'il n'y a pratiquement pas de parallélisme entre la volonté auto-destructrice et l'importance de l'intoxication. L'ambiguïté foncière de cette fonction est à la source de la multitude d'écrits à son sujet. Notre intention n'étant pas d'accroître la complexité du problème, avec une contre-partie thérapeutique très aléatoire, nous laissons volontairement de côté toutes les considérations sur l'instinct de mort des psychanalystes (qui serait un instinct de vie pathologique, faussé et dévié pour certains analystes), sur le concept de néant (qui ne peut s'exprimer, selon Le Moal, qu'en termes de vie). Il n'est guère, semble-t-il, que chez certains mélancoliques graves et certains schizophrènes que la possibilité d'imaginer le néant et même de le vivre existe peut-être (Schneider). Toujours est-il que cette fonction auto-destructrice était clairement exprimée par 330 sujets (114 hommes, 216 femmes). Dans un nombre non négligeable de cas (52), cette fonction de mort est détournée au profit de ce substitut qu'on pourrait appeler la « fonction sommeil ». Cela n'est pas pour étonner, le coma, quel qu'en soit le degré, étant le dénominateur commun de la plupart des intoxications, représente une expérience vécue et communicable qui remplace celle de la mort dans la majorité des cas. Si parfois le suicidant affirme avoir fait son geste « pour dormir », afin de masquer ses véritables intentions, il est le plus souvent sincère. D'ailleurs, l'insomnie est fréquemment retrouvée dans les jours ou semaines précédant la T.S., insomnie peu ou pas améliorée par des doses normales de somnifères.

Voici quelques observations pour illustrer ce qui précède :

B 2355. — T... Nicole, 33 ans, employée de banque, conflit sentimental, dispute après une fugue de trois jours de son ami, suivie d'une ingestion de Doridène et Neurinase « pour dormir ». Mais existence de deux tentatives de suicide antérieures (section des veines du poignet) déclenchées par la mort du mari cinq ans auparavant.

B 2218. — B... Raymonde, 63 ans. Absorption de comprimés de Phénergan « pour dormir » (hospitalisée pour coma hyper-tonique et agité ayant duré plusieurs heures et de diagnostic rétrospectif) a déjà fait une T.S. au gaz trois ans auparavant, insomnie habituelle.

B 661. — M... Elise, 33 ans, employée de bureau. Intoxication au Quétal. Était séparée de son mari depuis deux ans, reprise récente de la vie conjugale, heurts fréquents, aménorrhée et peur d'être enceinte, asthénie. Dit « qu'elle voulait dormir et même mourir ».

B 933. — V... Edmond, 55 ans, industriel. Intoxication à l'Immenoctal chez un mélancolique. Il y a deux mois avait absorbé à plusieurs reprises des doses anormales de barbituriques « pour dormir » (le médecin traitant avait d'ailleurs prescrit des suppositoires et recommandé au pharmacien habituel du malade de ne plus lui délivrer de comprimés).

B 1472. — M... Marie-Louise, 24 ans, professeur. Intoxication légère par 6 comprimés d'un barbiturique non précisé. Surmenage professionnel, insomnie, amaigrissement, sont invoqués par la malade pour expliquer son geste : elle voulait seulement dormir. Cependant, quelques heures auparavant avait eu lieu une discussion avec son mari portant sur un éventuel divorce et ce dernier interprète spontanément et sans hésitation le geste de sa femme comme une T.S.

B 228. — G... Monique, 30 ans, serveuse. T.S. Immenoctal + gaz de ville, cela en plusieurs temps : d'abord quelques comprimés d'Immenoctal pour dormir, en reprend d'autres le lendemain matin. Va chez sa voisine lui dire « qu'elle en avait assez ». Puis rentre chez elle et ouvre le gaz. Divorcée depuis 4 ans un nouveau conflit sentimental s'était fait jour peu auparavant. Issue de mère célibataire, elle est élevée par ses grands-parents. Avait déjà fait une T.S. par ingestion de barbituriques.

Le problème des relations entre la mort et le sommeil a fait l'objet d'un certain nombre de travaux psychanalytiques. Pour Lewin, le désir de dormir est ontologiquement plus vieux que le désir de mourir et ainsi l'idée de mort pourrait être une modification de l'idée de sommeil. Cette idée de mort, en tant que « nirvâna », « état de repos complet », s'est reliée et plus ou moins confondue avec l'idée de sommeil, plus spécialement le « bon » sommeil, celui de retour au sein de la « bonne » mère. Cela par opposition à la mort redoutée, qui constitue le « mauvais » sommeil, qui est interrompu par des tensions, l'anxiété, la culpabilité, bref, tout le substratum de l'insomnie. « Bonne » et « mauvaise » mort semblent donc, pour Lewin, modelées d'après les expériences primitives de sommeil jusqu'à ce qu'elles soient finalement intégrées dans un concept unique, et le fait que le suicidant croit en l'immortalité du moi représente une régression jusqu'au stade de « bon sommeil ». Ce mécanisme analytique interviendrait plus spécialement au cours des gestes suicidaires des maniacs-dépresseurs et des toxico-maniacs.

Quelle que soit l'interprétation, il s'agit là, à notre avis, d'un aspect fondamental de la T.S., surtout par intoxication et qui éclaire d'un jour un peu différent la fonction auto-destructrice.

e) FONCTION HÉTÉRO-AGRESSIVE

La phrase de Stekel « personne ne se suicide, qui n'ait désiré la mort de quelqu'un », résume une des idées maîtresses de l'école freudienne, qui interprète l'acte auto-agressif comme dirigé contre des objets internes introjectés, les tendances suicidaires, en général, étant formulées en termes d'agressivité.

Il est en effet classique de signaler l'association homicide-suicide et les suicides élargis avec masque altruiste de l'homicide, mais de tels exemples sont finalement assez rares et l'on observe plutôt un balancement entre les deux manifestations. Nous n'avons, en effet, relevé qu'un cas de suicide avec homicide altruiste et une observation d'un sujet ayant assassiné sa femme trois ans auparavant. Cependant, une hétéro-agressivité consciente et plus ou moins réalisée est assez souvent retrouvée, en voici deux exemples :

B 1741. — L... Claude, 20 ans, étudiant. Deux intoxications volontaires à 15 jours d'intervalle avec du Dominal, provoquées par un conflit sentimental. La deuxième T.S. fut réalisée après une tentative de strangulation de l'amie.

B 1736. — F... Michelle, 16 ans, employée de maison. Intoxication au Librium après l'incident suivant : sa patronne lui ayant reproché le service mal fait, elle casse un plat par une maladresse apparente (qui est en fait un acte manqué) et, n'osant pas l'avouer, avale les comprimés « comme ça elle saura pourquoi je l'ai fait ». Caractérielle agressive, elle refusait de manger dans le service.

Des phrases telles que celle-ci : « J'aurais voulu mourir pour qu'il ait du remords toute sa vie » sont fréquemment formulées sous une forme ou sous une autre.

Un aspect un peu particulier de cette fonction hétéro-agressive est réalisée par les T.S. à visée infanticide dont voici quelques cas :

B 2048. — B... Gabrielle. Intoxication au Phénergan. A une fillette de 3 ans anorexique, les repas sont devenus une véritable corvée, l'enfant vomissant souvent de surcroît. C'est précisément après un tel repas que la mère a effectué son geste.

B 866. — G... Renée, 25 ans. Intoxication au Largactil et Sédatonyl après avoir disputé sa fille qui ne voulait pas manger. C'est la sixième T.S., toujours dans des circonstances analogues. A noter un fort sentiment de culpabilité concernant un enfant précédent décédé de méningite et que sa mère « forçait à manger » et trois F.C. provoquées.

Encore, s'agit-il là de cas évidents, presque conscients. Il existe d'autres T.S. dans le déterminisme desquelles interviennent des phantasmes infanticides plus ou moins refoulés, comme chez cette jeune femme de 25 ans (B. 1499) qui spontanément, au réveil, fait la liaison entre son acte et une chute de son enfant hors du berceau : « J'avais peur qu'il se tue », sans parler des T.S. motivées par une grossesse illégitime ou non désirée d'une manière générale.

Des antécédents d'avortement provoqué sont fréquemment retrouvés, mais aucune corrélation statistique ne peut être établie, d'une part, du fait de la dissimulation des suicidantes interrogées à ce sujet et de l'impossibilité d'estimation valable de ce phénomène dans la population générale. A la limite, on pourrait également faire entrer dans ce groupe les intoxications à but abortif, dont les motivations profondes se recoupent avec l'élément agressif des intoxications à visées suicidaires et qui posent finalement des problèmes thérapeutiques analogues : Y a-t-il souvent une telle différence entre faire accepter un enfant et faire accepter sa propre vie ?

Au total, nous avons retenu la fonction hétéro-agressive dans 183 cas (39 hommes, 144 femmes). En étudiant la fréquence des autres fonctions associées, c'est la fonction de chantage qui est apparue la plus souvent notée (72 fois). Ce fait avait déjà été signalé par Schneider, pour lequel « les deux motivations, chantage et vengeance, sont étroitement liées, surtout s'il existe des traits névrotiques ». Cela ne paraît pas tellement étonnant, si l'on considère le caractère captatif propre à ces deux fonctions, leur flagrante immaturité.

Cette agressivité teinte d'ailleurs, peu ou prou, la plupart des actes suicidaires, par le sentiment de culpabilité et de responsabilité ressenti par l'autre, ou encore par la réprobation du groupe et ses conséquences souvent humiliantes (intervention des autorités publiques, intrusion du médecin dans des problèmes d'ordre privé, curiosité du voisinage, autant de facteurs qui expliquent d'ailleurs la discrétion et la disparition rapide de nombre de famille lors de l'hospitalisation) ; elle se rencontre de même souvent dans la relation psychothérapeutique éventuellement établie après le geste suicidaire. Enfin, si l'objet de l'agressivité est généralement défini (conjoint, parent, ami) celle-ci peut être plus globale, dirigée contre un groupe ou la société dans son ensemble.

Voici pour terminer ces considérations sur la fonction hétéro-agressive, une observation intéressante par le processus d'identification employé :

B 1210. — G... Danièle, 21 ans, employée de banque. Intoxication au Toraflon. Geste effectué dans une chambre d'hôtel avec quelques précautions pour assurer la découverte (avertit les hôteliers qu'elle ne voulait pas passer la nuit, dépose sur la table de nuit un papier avec le nom de la personne à prévenir). La veille, elle avait pris part à une surprise-partie chez une amie couturière (37 ans) chez laquelle elle était restée coucher. Cette amie se serait livrée à une séance d'exhibitionnisme qui aurait profondément traumatisé la jeune Danièle. Elle considérait en effet son amie comme une mère, s'estimant incomprise de ses parents, mais cet attachement était fortement teinté d'homosexualité latente. Avant de partir de chez son amie elle insiste pour lui emprunter une de ses robes dont elle se revêtira pour effectuer son geste le soir même.

f) FONCTION DE FUITE ET FONCTION CATASTROPHIQUE

Si nous parlons, en dernier lieu, de ces deux fonctions, c'est à cause de leur ambiguïté qui tient au caractère restrictif de leur étude *stricto sensu*, alors qu'elles pourraient caractériser un grand nombre de gestes suicidaires par les notions de retrait, de désengagement du suicidant, qu'elles suggèrent ; d'autre part, elles diffèrent des précédentes par leur aspect réactionnel plus à des coordonnées matérielles que proprement humaines, en tenant compte de la relativité d'une telle distinction dans ce domaine.

Donc, la T.S. est parfois accomplie pour échapper à un danger, une échéance redoutée, une sanction, une situation insupportable. L'hospitalisation provoquée par l'intoxication entraîne une régression affective (parfois continuée au sortir de l'hôpital par le retour à un état de dépendance le plus souvent parental) et sociale, qui permet d'éviter l'affrontement des éventualités ci-dessus.

La situation conflictuelle suffit-elle seule à expliquer la réaction de fuite ? Pour Lagache, la « fuite de soi-même », que réalisée soit la fugue, soit l'acte suicidaire, suppose la préexistence d'un conflit intérieur, la situation conflictuelle ne faisant « qu'occasionner une élévation intérieure de tension ».

Cette fuite dans la T.S. constitue une conduite inadaptée ou plutôt, pour reprendre une expression de Lagache, une « maladaptation ». Lorsque le désarroi est extrême, confinant à l'état de panique, on a alors affaire à la réaction catastro-

phique de Goldstein C.ette fonction de fuite nous a paru particulièrement nette dans 76 cas (37 hommes, 69 femmes), la réaction catastrophique 79 fois (17 hommes, 62 femmes). Elles sont fréquemment associées soit à la fonction auto-destructrice, soit à la fonction d'appel.

L'étude des récidivistes a montré qu'un même sujet pouvait donner chaque fois à son geste une signification différente, plusieurs fonctions peuvent se succéder dans le temps, comme dans les exemples suivants :

B 801. — C... Marie, 45 ans, sans profession. Conflit conjugal avec séparations intermittentes depuis cinq ans. Vit seule avec ses trois enfants. Effectue une première T.S. aux barbituriques en présence du mari, dans un but évident de chantage. Un mois plus tard, nouvelle T.S. au gaz après le départ du mari venu chercher les enfants pour la journée. Elle n'est découverte que neuf heures après dans un état grave. L'existence d'un état dépressif la fait transférer à la Clinique Neuro-Psychiatrique où elle sera suivie pendant un an sans grande amélioration.

B 1645. — J... Léon, 37 ans, soudeur. Trois intoxications au gaz en six mois. La première en septembre 1962, après une bagarre avec l'amant de sa maîtresse, rentre chez lui, s'assied dans la cuisine après avoir colmaté portes et fenêtres, puis se met le tuyau dans la bouche, après avoir écrit deux lettres et bu plusieurs verres de vin. La fonction de cette T.S. semble assez nettement hétéro-agressive ; il regrette son geste mais...

— Deux mois plus tard, deuxième intoxication au gaz de ville. Il n'avait pas bu, était allé travailler le matin, mais « s'enuyait ». Donc geste d'appel surtout.

— En mars 1963, enfin, troisième intoxication oxycarbonée, présente alors un état dépressif sévère, la fonction auto-destructive est au premier plan. Une mesure d'internement est prise.

B 2386. — L... Yvonne, 23 ans. Intoxication au Librium après une dispute avec son père adoptif ; geste de chantage chez une instable ayant fait un séjour dans une clinique psychiatrique pour un épisode d'anorexie psychogène induit par un amaigrissement volontaire. Trois mois plus tard elle est hospitalisée pendant une semaine pour aggravation des troubles caractériels, agressivité, menaces de suicide (« Je vous débarrasserai par ma mort »), crises hystériformes. Six mois plus tard, nouvelle T.S. par submersion, réanimation *in extremis* ; admission à l'hôpital du Vinatier.

Tous ces exemples illustrent bien, par ailleurs, le caractère artificiel du critère « sincérité » de l'acte et l'impossibilité d'un pronostic sur la « bénignité », tant toxicologique que psychologique, d'une première T.S.

Nous avons envisagé six fonctions avec leurs variantes, mais la liste n'est certainement pas close. C'est ainsi que Klopfer, développant le point de vue de Jung sur le suicide, parle du problème psychologique du « re-naître », aspect que nous n'avons pas recherché systématiquement, mais qui éclaire, *a posteriori*, certaines conduites. Ce désir de renaître participerait, pour Jung, conjointement au principe de mort, à l'essence du processus de développement vital. Plus prosaïquement, certains suicidants, surtout des adolescents, expriment leur volonté de « recommencer à zéro », comme s'ils n'avaient pu franchir un cap de maturation autrement que par un geste suicidaire.

Dans quelques cas, il n'a pas été possible de mettre de fonction en évidence, soit que la T.S. fut niée contre toute vraisemblance (17 hommes, 56 femmes), soit que l'on se heurte à un refus d'expliquer le geste (17 hommes, 62 femmes). Il est inutile de souligner l'obstacle majeur à la psychothérapie induit par une telle attitude qui paraît le plus souvent traduire des troubles névrotiques ou caractériels graves et correspondre assez fréquemment à une intention auto-destructrice réelle.

Au terme de cette étude des différentes fonctions de la T.S., il convient de faire quelques remarques : tout d'abord, au fur et à mesure que nous avançons dans le dépouillement des dossiers, contrairement à ce que l'on pourrait penser, il nous fut de plus en plus difficile de faire émerger avec précision telle ou telle fonction plutôt qu'une autre et surtout de ne limiter qu'à une ou deux fonctions un bon nombre de gestes suicidaires. Comme si la complexité de cette conduite allait en s'accroissant dès qu'on essaie de la décomposer. Car, en fin de compte, l'on se trouve en présence d'un « polydéterminisme psychologique » (Deshaies) dans lequel rentrent en ligne de compte la personnalité de base, une affection mentale éventuelle, les circonstances déclenchantes, les particularités psychopathologiques de l'acte, etc. Vouloir, d'autre part, coter le degré de dangérosité et son intention auto-destructrice apparente devient vain, dès lors que la probabilité d'intervention des autres est pratiquement une constante.

Un autre point très important mériterait d'être développé et approfondi, mais il ne peut l'être que dans le cadre d'une recherche orientée et systématique : c'est l'étude conjointe des réactions de celui ou ceux à qui s'adresse l'appel, quel que soit son degré d'organisation, ou contre qui s'exerce l'agressivité. Cette étude est évidemment très complexe mais indispensable si l'on veut envisager d'une façon complète l'aspect social de ce comportement.

Pour Stengel, si le désir de mort est loin de résumer la T.S., il n'en demeure pas moins que c'est cette idée de mort qui domine les réactions psychologiques de l'entourage. Souvent, les membres du groupe du suicidant se comportent envers lui, après sa tentative, comme ils sentent qu'ils auraient dû le faire s'il était mort. Mais, tandis que dans cette dernière éventualité ils auraient été la proie de leurs sentiments de culpabilité, la T.S., par son insuccès, leur a donné la « chance » d'alléger leur culpabilité, en réparant certains « torts » ou en palliant à d'éventuelles carences. Ces réactions sont souvent transitoires et superficielles, tout comme le deuil après une perte réelle, mais, pour Stengel, elles ne sont probablement jamais absentes dans notre société, qui évalue la vie et la santé au-dessus de toutes les autres valeurs. Ces interréactions peuvent également s'exprimer en termes de « théorie de rôle », selon une des tendances socio-psychologiques actuelles : du côté du suicidant, il y a au moins deux rôles, celui du mort, qui veut être pleuré, et celui de l'agresseur ; du côté des membres du groupe auquel il appartient, mêmes attitudes contradictoires : soit effectivement ils s'apitoient, soit, au contraire, ils rompent leurs liens avec lui, tuant ainsi symboliquement l'agresseur. Le plus souvent, le rôle joué par les participants réalise ou un compromis ou une combinaison de ces rôles, qui peuvent aussi alterner chez le même individu.

Dans cette perspective, la fonction d'appel peut être interprétée comme un désir de changement dans un système intolérable de rôles existant à l'intérieur du groupe ou l'absence d'un tel système.

De la même façon, les actes suicidaires et leurs effets sociaux se prêtent volontiers à la description et l'analyse en

termes de théorie de communication, à la fois comme messages et réponses de l'entourage (Ruesch et Bateson, cités par Stengel).

Ces conceptions impliquent évidemment un point de vue centré sur la signification sociale de ce comportement, repensé à la lumière des données socio-psychologiques actuelles qui loin de s'opposer aux recherches analytiques individuelles, ne peuvent que les compléter harmonieusement.

6. Incidences sur le mode d'intoxication

Outre les quelques différences toxicologiques et sociologiques existant entre l'intoxication par inhalation et l'intoxication par ingestion, qui orientaient déjà vers un pronostic plus grave pour la première modalité, la recherche des antécédents psychiatriques et l'étude de la fonction des intoxications par inhalation, ne fait que confirmer ce fait. En effet, la population psychiatrique de la T.S. au gaz représente 68,5 % pour les femmes et 93,8 % pour les hommes (contre 54,2 % et 63,4 % respectivement pour les intoxications par ingestion). La différence est particulièrement nette chez l'homme. Dans les deux sexes, les états mélancoliques représentent plus d'un quart des cas (12 hommes, 21 femmes). Par contre, il ne fut pas noté un pourcentage supérieur de récidivistes.

La fonction auto-destructrice seule est retrouvée dans 60 cas (20 hommes, 40 femmes), soit pratiquement le tiers du total des intoxications par inhalation. Cela se recoupe très bien avec la notion de dangerosité plus grande pour le gaz, couramment admise, la nécessité d'un isolement assez strict, les préparatifs (fermeture des portes, des fenêtres, etc.), autant d'éléments en faveur d'une certaine maturation avant le passage à l'acte.

Une fois sa réalisation entamée, et la perte de connaissance tardant à se produire (soit par absence de CO, soit par non-étanchéité de la pièce), il arrive que le sujet, prenant subitement conscience de son geste et de ses conséquences familiales et sociales, interrompe de lui-même l'intoxication. Ce fait

nous a particulièrement frappé, car il constitue un argument supplémentaire en faveur de l'extrême ambivalence du geste suicidaire, ambivalence qui nous semble être suffisamment démontrée pour souligner au terme de ce chapitre la nécessité d'un engagement thérapeutique à tous les niveaux.

CHAPITRE IV

ASPECT MEDICO-LEGAL

Les intoxications aiguës volontaires posent relativement peu de problèmes directs sur le plan médico-légal proprement dit. Cependant, s'inscrivant dans le vaste cadre du suicide en général, elles intéressent, à ce titre, non seulement le médecin légiste, mais aussi le médecin praticien, dans la mesure où il a conscience de n'être qu'un des éléments du réseau médecin-individu-société.

1. LA REGLEMENTATION PENALE DU SUICIDE

(Pour de plus amples détails, nous renvoyons le lecteur à l'excellent article de Mlle Rateau dont nous nous sommes largement inspiré.)

Ce paragraphe a surtout une valeur historique mais, comme tel, et en esquisant une brève revue de Droit comparé, il témoigne de l'évolution des idées sur le suicide.

A) Le suicide dans l'ancien Droit Français

Les lois et la jurisprudence de l'ancien Droit s'étaient conformées, sur certains points, aux dispositions du droit romain et du droit canonique. A ce dernier, furent empruntées la privation de sépulture chrétienne et l'exclusion des prières publi-

ques ; au droit romain, la confiscation et la prescription de crime dans l'espace de cinq ans. Bien que certains auteurs eussent prétendu qu'on dut exempter, de la confiscation, les suicides commis sous l'effet d'un « grand chagrin », celui-ci enlevant à la victime son entière liberté d'esprit, cette conception était combattue par les dispositions générales des « Lois », en particulier sous Charlemagne et Saint Louis, qui veulent que tous ceux qui se tuent volontairement soient sujets à la peine du suicide, d'où la maxime de droit français qui porte que « l'homme qui se met à mort par désespoir confisque ses biens envers son seigneur ». Offense à la religion et à l'humanité, le suicide ressortissait au crime de lèse-majesté divine. La plupart du temps, le coupable étant décédé, le procès se faisait à sa mémoire ou à son cadavre, et l'exécution de la sentence avait lieu sur ce dernier ou, en cas d'impossibilité matérielle, en effigie. Le but de la répression était de toucher le défunt et, au-delà de lui, sa famille, dans son honneur, en infligeant à sa mémoire une peine infâmante. Le procès condamnait le coupable à des peines aussi lourdes, sinon plus sévères, que celles appliquées aux auteurs d'homicides. Qu'on en juge :

— Trainage du corps sur une claie, par les rues et carrefours de la ville, le cadavre attaché par les pieds à une charrette ou un tombereau, la face tournée contre terre, le corps étant ensuite pendu par les pieds à une potence élevée à cet effet, avec privation de la sépulture en terre sainte, puis conduit à la voirie.

— Privation de la sépulture chrétienne, allant jusqu'à l'exhumation de ceux qui avaient été enterrés avant le procès. Afin d'éviter cette procédure désastreuse, il fut interdit d'enterrer ceux décédés de mort violente avant que soient élucidées les causes du décès, afin d'empêcher la sépulture en terre sainte des suicidés. Une véritable enquête médico-légale était donc pratiquée, avec juges, commissaires, chirurgiens, témoins.

— Confiscation des biens, au bénéfice du Roi, ou du Seigneur ; certaines coutumes dérogeaient à ce principe et laissaient aux héritiers les biens du défunt si la cause du suicide était une des suivantes : « maladie, ennui de vivre, douleur ».

Quant à la tentative de suicide, non suivie d'effet, la répression était théoriquement identique mais, en règle générale, le suicidant échappait à la peine capitale, tout en restant soumis à des peines de gravité variable selon le temps et le lieu (depuis la simple amende jusqu'aux galères, en passant par le châtiment corporel sur la place publique).

B) Le suicide dans la législation pénale actuelle

1° LE CODE PÉNAL FRANÇAIS

Le code de 1810 ne considéra pas le suicide comme un crime d'assassinat ou de meurtre de soi-même et, partant, aucune peine ne frappe plus celui qui attente à ses jours.

Le suicide ne relevant plus de la loi pénale, et l'acte en lui-même n'étant plus une infraction, il faut en déduire :

— la tentative de suicide n'est plus punissable, ce qui ne fait l'objet d'aucune difficulté juridique ;

— la complicité en matière de suicide n'existe plus en droit français.

On peut cependant se demander si le complice d'un suicide ne peut pas faire l'objet d'une répression pénale, non en tant que complice d'un acte qui n'est plus une infraction, mais sous une autre qualification. Par exemple, en envisageant les différents actes de complicité définis limitativement par l'article 60 du code, en distinguant ceux qui sont antérieurs à l'action de ceux qui lui sont concomitants.

a) *Actes de complicité antérieurs au suicide* : il faut ici distinguer deux catégories d'actes :

— Les actes de ceux qui, par menaces, abus d'autorité ou de pouvoir, machinations, ou artifices coupables, auront incité au suicide un tiers en agissant sur son psychisme de manière à provoquer chez lui un état morbide ou dépressif qui le porte à se détruire.

Les auteurs de ces actes pourront être moralement responsables de la mort de ce tiers, mais ils ne pourront être poursuivis pénalement parce qu'ils n'ont pas commis un acte relevant lui-même d'un autre texte que celui des articles 59 et 60

du Code Pénal (portant sur la complicité des crimes et des délits), ces articles ne pouvant être appliqués comme nous venons de le voir.

— Les actes de ceux qui auront donné des instructions, procuré des armes, des instruments ou tous autres moyens qui auraient servi à l'action, sachant qu'ils devaient y servir. Le fait de procurer à un tiers, en connaissance de cause, une substance susceptible de lui procurer la mort ou une incapacité fonctionnelle, bien que ce dernier se la soit administrée lui-même volontairement, peut faire l'objet d'une répression pénale. Le tiers peut en effet, suivant les circonstances, se voir appliquer les articles 301 ou 318 du Code Pénal, le consentement de la victime n'étant pas une cause de non responsabilité ni de non culpabilité. Si les articles 301 et 318 ne sont pas applicables, étant donné les circonstances de la cause, on peut alors se référer au Code de la Santé, qui traite en son Titre III des restrictions au commerce de certaines substances dites vénéneuses et des stupéfiants.

b) *Actes concomitants au suicide :*

Ce sont les actes par lesquels on aide, on assiste le suicidé au moment de la réalisation de l'acte par lequel il se donne la mort.

— *Actes d'assistance active :* c'est le cas de l'euthanasie pratiquée à la demande de la victime qui, ne pouvant se donner elle-même la mort du fait de son état de santé, a recours à un tiers pour accomplir l'acte décisif, que ce soit par absorption de drogues à doses massives ou par injection. Il s'agit là d'un autre problème.

— *Actes d'assistance passive :* ces actes sont ceux qu'on peut imputer à la personne qui, ayant eu la connaissance qu'un tiers était en train de se suicider ou sur le point de le faire, empêche quiconque d'intervenir pour éviter la consommation de l'acte, ou n'intervient pas elle-même pour empêcher la réalisation du désir de la victime de se donner la mort.

Celui qui, dans ces conditions, omet volontairement d'intervenir pour prévenir ou empêcher le suicide, pourra être poursuivi du chef de l'article 63 du Code Pénal, sur la non assistance à personne en danger.

Dans l'un de nos cas, une intoxication grave à l'aspirine, le mari aurait pu être ainsi poursuivi, n'ayant averti personne de l'état de sa femme. Cette « assistance passive » soulève évidemment de grosses difficultés, en particulier sur l'attitude à adopter en cas de menaces verbales tant de la part de l'entourage que surtout du médecin.

Dans le Cadre Législatif militaire, il existe encore la possibilité de sanctions pénales prévues dans l'article 231 du Code de justice militaire de l'armée de terre, de l'article 236 du Code de justice militaire de l'armée de mer, et l'article 87 de la loi du 31 mars 1928 sur le Recrutement de l'armée.

En effet, cette dernière stipule : « Tout homme prévenu de s'être rendu impropre au service militaire, soit temporairement, soit d'une manière permanente dans le but de se soustraire aux obligations imposées par la présente loi, est puni, en temps de paix, d'un emprisonnement d'un à cinq ans et privé de ses droits civiques et politiques.

En temps de guerre, la peine applicable est celle de la réclusion... Les complices sont punis des peines prévues aux alinéas 1 et 2 du présent article... Si les complices sont des docteurs en médecine, des officiers de santé ou des pharmaciens, les peines encourues pourront être portées au double... »

L'article 231 précise en outre : « Il (tout militaire) sera puni de mort, avec dégradation militaire, s'il était en présence de l'ennemi... la tentative sera punie comme l'infraction elle-même. »

Sans doute, le titre des articles 231 et 236 est-il « Mutilation volontaire », mais rien dans les textes ne prévoit qu'il puisse s'agir seulement d'auto-agressions « chirurgicales » ; par contre, une intoxication aiguë volontaire constitue bel et bien une façon de se « rendre impropre volontairement au service », ne serait-ce que temporairement.

2° LES CODES PÉNAUX ÉTRANGERS

Le droit anglo-saxon avait jusqu'ici seul conservé la tradition ancienne. En Grande-Bretagne, cependant, depuis 1961, « la loi par laquelle le suicide était considéré comme un crime

est abrogée ». Nous pensons utile de rapporter ce texte législatif, vu sa portée historique :

« Acte amendant la loi relative au suicide en Angleterre et au Pays de Galles :

— 1 — La loi selon laquelle toute personne qui se suicide commet un crime est abrogée par cet acte.

— 2 (1) Toute personne qui aide, encourage, conseille, facilite le suicide ou la tentative de suicide d'un tiers, sera condamnée après mise en accusation à une peine de prison n'excédant pas quatorze ans.

(2) Si, au cours d'un procès jugeant une personne accusée d'un meurtre, ou homicide par imprudence, il peut être prouvé que l'accusé complice a encouragé, conseillé ou procuré les moyens du suicide de la victime en question, le jury peut considérer l'accusé coupable de ce crime.

— 3 — Cet acte peut être cité ainsi : « Suicide Act 1961 ».

Sans doute, la législation anglaise antérieure était-elle appliquée d'une façon assez lâche et les condamnations rares. Mais elle constituait un handicap sérieux à l'établissement d'une relation thérapeutique avec le médecin par crainte de l'intervention pénale.

La législation américaine, quoique dérivée principalement de la législation anglaise, n'a jamais considéré le suicide comme un crime, sauf dans six Etats. Par contre, dans un grand nombre d'Etats, l'incitation et l'assistance au suicide sont considérés comme un crime.

Le texte ci-dessus rapporté énonce clairement la possibilité de poursuites contre ceux qui apportent aide et assistance à un tiers qui a décidé de mettre fin à ses jours, mais en dehors de la théorie générale de la complicité, puisque le suicide n'y est plus considéré comme une infraction pénale :

— En Grande-Bretagne, donc, le législateur a retenu sans ambiguïté le crime d'incitation et d'assistance au suicide ou à la tentative de suicide d'un autre.

— En Suisse, le Code Pénal prévoit également que « celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au

suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement ».

— En Italie, le Code Criminel de 1930 définit l'instigation et l'aide comme étant le fait de déterminer ou de raffermir le projet d'un tiers de se suicider ou d'en faciliter de quelque façon que ce soit la réalisation. Ce code tient compte de l'âge de la victime et différencie la peine suivant que le suicide a été tenté ou réalisé.

— Dans les Pays-Bas, le Code insiste plus spécialement sur le facteur intentionnel chez l'instigateur au suicide, l'intention coupable étant la condition nécessaire et suffisante pour que la répression intervienne. Par contre, aucune poursuite ne peut être engagée si l'instigation a été non intentionnelle, c'est-à-dire faite par légèreté, discours généraux sur le suicide.

— Le Code espagnol punit l'aide et l'incitation au suicide uniformément d'une peine d'emprisonnement de longue durée.

— Le Code autrichien parle de « crime de participation au suicide », qui devient ainsi une infraction nettement personnalisée, quelle que soit la manière dont l'inculpé ait pu participer au suicide d'un tiers.

— Les Codes polonais et bulgares prévoient des dispositions analogues.

D'autres codes ne retiennent que l'aide matérielle au suicide et ne répriment pas l'incitation, qui est une manifestation intellectuelle, abstraite, ayant une influence sur le psychisme de celui qui se suicide (Codes norvégien, danois et islandais).

Ainsi donc, cette liberté de vie ou de mort, reconnue implicitement par toutes les législations qui ne répriment pas le suicide comme tel, peut paraître en contradiction avec le fait qu'à notre époque l'individu est de moins en moins libre d'attenter à sa santé et à son intégrité physique (vaccinations obligatoires, déclaration obligatoire de certaines maladies, obligation de soins dans certains cas, etc.). Faudrait-il introduire un élément de coercition, même léger, dans l'arsenal thérapeutique de la T.S. ? (Obligation de contribution financière aux frais entraînés par l'hospitalisation, durée minimum de

séjour hospitalier imposé, promulgation d'une loi analogue à celle sur les alcooliques dangereux pour certains récidivistes ne relevant pas de l'internement et refusant toute intervention médicale autre que somatique.) Nous ne le pensons personnellement pas, pour la bonne raison que des textes législatifs en ce domaine ne peuvent remplacer la vigilance, l'information et la disponibilité des médecins, et que l'abord psychothérapique est ainsi affranchi d'une interférence souvent fâcheuse et contre laquelle les psychiatres anglais ont lutté jusqu'à l'obtention du « Suicide Act. de 1961 ».

Reste le problème, pour la législation française, de l'opportunité de s'intéresser à ceux qui incitent ou aident, pour quelque cause que ce soit, un tiers à se détruire. En réalité, une telle intervention directe est exceptionnelle et il s'agit plutôt d'une « ambiance » pré-suicidaire, plus ou moins consciemment entretenue, sinon créée, par l'entourage, du côté du médecin, un manque de discernement ou un refus d'engagement, à cause du caractère trop angoissant du suicide, donc au maximum une assistance passive, mais dont les motivations sont le plus souvent strictement personnelles et inconscientes, de sorte que l'arsenal législatif déjà existant nous semble suffisant.

Perspectives criminologiques

Depuis la réforme anglaise de 1961, le suicide occupe une place assez privilégiée en Criminologie, place relativement négligée dans les travaux récents de cette discipline dont les précurseurs, tels Corre, Lacassagne, avaient pourtant donné, dès le début du siècle, sa situation réelle par rapport à la délinquance. Le suicide constitue pourtant, à l'évidence, un acte anti-social et s'intègre de ce fait dans le cadre de l'« Etat dangereux », dont il peut constituer un terrain d'étude privilégié du fait, justement, de l'absence de législation interférente. L'acte suicidaire, dans cette perspective, n'est plus considéré comme un fait sociologique, comme un symptôme psychiatrique ou comme un processus psychologique, mais comme un « phénomène psycho-social » dangereux. Nous avons déjà évoqué la parenté étroite entre suicidants et délinquants, le sexe

semblant être le principal facteur d'orientation dans un sens ou dans l'autre. Même attitude dynamique dans l'un et l'autre comportement, souvent mêmes processus de maturation. Une étude sur l'état dangereux pré-délictuel n'appelle-t-elle pas des considérations analogues en matière de tentative de suicide ? Ringel, en effet, a décrit un « syndrome pré-suicidaire » marqué par trois traits dominants : rétrécissement du champ de conscience avec isolement - agressivité croissante - évasion dans le fantastique, qui pourrait tout aussi bien s'intégrer dans le cadre de l'état dangereux pré-délictuel.

De nombreux autres rapprochements pourraient être faits (par exemple, encore à propos des conduites suicidaires du délinquant incarcéré), mais qui nous entraîneraient trop loin, notre but ayant simplement été de montrer comment la disparition de l'héritage pénal du suicide et de la tentative pouvaient favoriser l'abord criminologique.

2. AUTRES PROBLEMES MEDICO-LEGAUX

1. Suicide et assurances individuelles

La loi du 13 juillet 1920 sur les assurances stipule que « L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement la mort. Toutefois, l'assureur doit payer aux ayants droit une somme égale au montant de la réserve, nonobstant toute convention contraire. Toute police contenant une clause par laquelle l'assureur s'engage à payer la somme assurée, même en cas de suicide volontaire et conscient de l'assuré, ne peut produire effet que passé un délai de deux ans après la conclusion du contrat. La preuve du suicide de l'assuré incombe à l'assureur, celle de l'inconscience de l'assuré au bénéficiaire de l'assurance ».

La clause du suicide est contenue dans presque toutes les polices d'assurance. L'intention restrictive des qualificatifs « volontaire et conscient » nous paraît particulièrement ambiguë. Mais, en pratique, de tels suicides sont tout à fait exceptionnels.

L'expérience américaine en matière d'assurances-vie et de suicide est très évocatrice, compte tenu de la généralisation des polices d'assurance-vie dans ce pays. La clause du suicide est la même qu'en France ; d'ailleurs le risque suicidaire est considéré comme les autres risques et rentre en ligne de compte dans le calcul du montant du contrat. A l'intérieur de la période de deux ans, il est souvent difficile à la Compagnie de faire la preuve du suicide, la présomption d'un décès accidentel, même minime, étant suffisante pour empêcher la clause de jouer ; dans ce pays, des études statistiques ont montré que le taux de suicide parmi les assurés n'augmentait que proportionnellement à la durée du contrat, et que le suicide ne constituait pas un sérieux problème légal ou financier aux Compagnies d'Assurances.

Nous ne ferons que rappeler le caractère strict et absolu du Secret Professionnel en matière de certificats médicaux demandés par les Compagnies d'Assurances, souvent par leurs médecins-conseils, parfois par l'intermédiaire de la famille, après le décès du souscripteur de la police d'assurances. Cette mise en garde ne semble pas superflue, les Compagnies demandant systématiquement de tels renseignements.

Le seul cas de notre série faisant intervenir une assurance-vie était le suivant :

B 2132. — A... Raymond, 42 ans. Intoxication avec drogues variées (Nozinan, Paxital, Supponoctal, Binoctal). Insomniaque de longue date, prenait régulièrement des somnifères. La préparation de son geste avait été minutieuse et il fut découvert assez tardivement, grâce à une lettre adressée à un ami. Nombreux échecs professionnels antérieurs ; depuis deux ans avoue s'être fixé pour recours ultime le suicide permettant à sa famille de toucher le montant d'une assurance-vie importante. L'entrevue permet d'objectiver un fond névrotique psychasthénique ancien avec un état dépressif récent, en partie réactionnel.

Cet exemple illustre bien la valeur très relative du mobile « assurance-vie » dans le déclenchement de la T.S.

2. Suicide sur les lieux du travail

Certains sujets ont effectué leur intoxication sur les lieux du travail, mais aucun n'étant décédé ou n'ayant présenté de séquelles, il n'y eut pas de suites médico-légales.

D'une manière générale, le suicide au lieu et au temps du travail ne peut être pris en charge au titre Accident du Travail. Il est habituellement considéré comme une faute intentionnelle de la victime. Cependant, la Cour de Cassation a reconnu que lorsque le suicide est la conséquence d'un « accès de démence », il ne peut être assimilé à une faute intentionnelle (l'Arrêt en question de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 2 janvier 1960 concerne une tentative de suicide et indique que le sujet « a agi en réaction catastrophique et sous l'empire d'une influence morbide, plus forte que l'instinct vital... et n'a pu envisager délibérément le préjudice qu'il pouvait causer »).

Mais encore faut-il, pour que le suicide soit pris en charge en A.T., que l'« accès de démence » soit lui-même le résultat d'un A.T. antérieur ou que l'accomplissement du travail ait joué un rôle direct dans le déclenchement de l'acte suicide.

De toutes façons, la preuve du suicide incombe à la Caisse, le décès au lieu et au temps du travail étant présumé, sauf preuve contraire, être dû à un A.T.

En législation Sécurité Sociale, le suicide survenant dans les suites d'un A.T. est donc pris en charge au titre A.T., s'il résulte lui-même des conséquences de cet accident, c'est-à-dire s'il fait partie d'un enchaînement continu de faits ayant leur origine dans l'A.T., en pratique, la constitution progressive d'un état dépressif grave, même s'il existait un état antérieur plus ou moins important, alors qu'en Droit Commun ce dernier pose d'épineux problèmes de discussion, souvent plus complexes que ceux posés par les affections mentales post-traumatiques.

Nous ne pouvons nous étendre plus, ayant voulu simplement indiquer au passage les difficultés de l'imputabilité et la réparation d'un tel geste.

3. Suicide de malades hospitalisés

Ce problème se pose surtout dans les établissements psychiatriques ou les services spécialisés d'hôpitaux généraux. Il s'agit en général de défenestration ou de pendaison, mais aussi d'intoxication chez des sujets ayant diminué et stocké tel ou tel médicament qui leur avait été prescrit. Dans de tels cas, la responsabilité de ces établissements peut être retenue, avec des divergences très grandes entre la jurisprudence administrative pour les établissements publics d'une part, et la jurisprudence civile pour les établissements privés d'autre part ; pour les premiers il faut, suivant le Conseil d'Etat (arrêt du 14 juin 1963), que soit prouvée une faute de service manifeste et d'une particulière gravité ; pour les seconds, l'établissement est tenu vis-à-vis du malade à une obligation de surveillance : aussi, en cas de suicide, la responsabilité est présumée et l'établissement doit apporter la preuve qu'il avait réellement pris les précautions qui s'imposaient.

4. Suicide et législation des « substances vénéneuses »

Si nous mettons à part les produits du tableau B, les stupéfiants, à cause de leur rigoureuse législation et leur rareté d'utilisation dans le cadre de l'intoxication aiguë volontaire, l'on peut se demander si les règles de prescription des produits des tableaux A et C (surtout le tableau C, auquel appartiennent la grande majorité des psycholeptiques) sont suffisamment strictes pour éviter une extension abusive de cette modalité suicidaire.

Pour les substances du tableau A, l'absence de renouvellement, sauf indication écrite du prescripteur, constitue une précaution systématique qui n'existe pas pour les substances du tableau C, qui sont renouvelables, sauf indication contraire du prescripteur. Le renouvellement de ces dernières substances n'est possible qu'après un délai qui est fonction du mode d'emploi du médicament, et le pharmacien est, en règle générale, en mesure d'apprécier l'étendue qu'il convient de donner à ce délai.

En pratique, donc, on ne saurait trop conseiller :

— au médecin, d'utiliser plus souvent les possibilités de limitation du renouvellement ;

— au pharmacien, de ne pas hésiter à prendre l'avis du médecin qui a rédigé l'ordonnance, en cas de doute concernant le délai ou lorsque le malade sollicite trop souvent le renouvellement.

Malheureusement, une telle collaboration est difficile dans les grandes agglomérations, où le passage d'un médecin à un autre, d'une pharmacie à l'autre, ne facilitent que trop l'acquisition de quantités importantes de drogues. De sorte que finalement, là encore, la législation constitue une arme de peu de poids, en regard de la réponse du médecin à la demande du consultant : trop souvent, l'ordonnance de la veille a fourni au suicidant les moyens de son intoxication (une étude fragmentaire de la provenance du toxique nous a montré la prépondérance nette des produits prescrits au suicidant lui-même par rapport aux sources pharmacie familiale et entourage). Mais, c'est poser là tout le problème de l'information et de la formation psychologique et psychothérapique du médecin, qui nous paraît être un des objectifs principaux en matière de prévention du suicide.

CHAPITRE V

L'INTOXICATION AIGUE VOLONTAIRE A L'HOPITAL

Ce dernier chapitre, esquissant les problèmes pratiques et immédiats posés par l'hospitalisation d'une intoxication aiguë volontaire, nous ramène un peu à notre point de départ, en cherchant les améliorations et aménagements à apporter aux structures hospitalières classiques pour faire face à un tel phénomène.

Il est significatif que cette question ait été abordée à la séance du 3 mai 1963 de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, dont une des communications était : « La fréquence actuelle des tentatives de suicide, les problèmes qu'elle pose en pratique hospitalière », dans laquelle MM. Lereboullet et Poisson exposent la statistique de tentatives observées dans un service de Médecine Générale (5 % des malades hospitalisés), ce qui amène les auteurs à souligner la place que devrait prendre de plus en plus la psychiatrie dans les hôpitaux généraux et la nécessité d'une collaboration intime entre le généraliste et le neuro-psychiatre. Dans la discussion qui suivit, intervinrent tour à tour des représentants des deux groupes (MM. Pestel, J. Weil, F. Siguier, Duché, Boudin), qui tous s'accordèrent sur l'importance pratique d'un tel problème.

En 1961, Justin-Besançon, Péquignot et de Paillerets ont montré que, dans un grand service de Médecine Générale classique, les tentatives de suicide représentaient 9,5 % des hospitalisations (toutes, sauf une, étant des intoxications aiguës). Ces auteurs insistent bien sur le fait que ce taux est dû à la « meilleure tolérance vis-à-vis de ces sujets (comme de tous les malades psychiatriques) de la Clinique Médicale, qui accepte et garde plus facilement les suicidants que les autres services, plus ou moins orientés vers une spécialité médicale ».

Si ces aménagements sont, dans notre pays, laissés à l'initiative médicale hospitalière, il n'en est pas de même en Angleterre, où le retard à abolir la législation que l'on sait, a eu au moins pour mérite de mobiliser et sensibiliser l'opinion médicale à tous les échelons, y compris celui du Ministère de la Santé qui, dans une circulaire adressée aux services de garde, aux praticiens, aux autorités locales, indique : « A l'avenir, la tentative de suicide doit être considérée comme problème médical et social seulement... Il devient par conséquent très important, pour les hôpitaux, d'être prêts à donner des soins appropriés aux cas de tentatives de suicides, que l'on estime à 30.000 par an... Les autorités hospitalières sont priées de faire de leur mieux pour que tous les cas subissent un examen psychiatrique avant leur sortie. » Ce texte a au moins le mérite de poser les principes de base de l'attitude à adopter devant ce problème, en le considérant au niveau de l'organisation sanitaire du pays. Ce qui ne va pas d'ailleurs sans poser de grandes difficultés pratiques, comme l'examen systématique par un psychiatre, que Stengel estime irréalisable, ce qui l'amène à écrire : « Il est important que nous convainquions nos collègues travaillant dans les services de gardes médicales et chirurgicales que les problèmes psychologiques et sociaux de leurs malades les concernent autant que leurs symptômes médicaux et chirurgicaux et que le rôle du psychiatre est de conseiller ses collègues et non de faire le travail pour eux. »

Stengel ne se fait d'ailleurs pas d'illusions sur ce point, quand il ajoute : « Mais que pouvons-nous y faire ? Le proclamer ne suffit pas... »

Il semble que ce soit la dispersion des cas qui constitue le principal obstacle à l'examen psychiatrique systématique, et cela amène à poser la question suivante : faut-il laisser les tentatives de suicide disséminées dans divers services d'urgence ou de médecine générale, obligeant ainsi à mettre sur pied autant d'équipements en matériel et surtout en personnel assez spécialisé tant sur le plan toxicologique que psychiatrique, ou ne vaut-il pas mieux créer des Centres spécialisés ? Il n'est sans doute pas de formule applicable partout, mais l'expérience lyonnaise du Centre de Pathologie Toxique pourrait, semble-t-il, être généralisée, tout au moins dans les grandes agglomérations.

En effet, en pratique et schématiquement, quel est l'équipement nécessaire au fonctionnement d'un tel centre :

— En personnel tout d'abord : une garde permanente est indispensable, comprenant médecin et infirmières, ayant tous de solides notions de réanimation et en plus, pour le médecin, une formation toxicologique de base qui lui permette de parer à l'intoxication rare d'une part, de répondre éventuellement aux demandes d'information par téléphone d'autre part. Cet aspect somatique est fondamental, il permet des succès spectaculaires surtout dans les comas barbituriques, où l'application de la méthode danoise et la diurèse forcée par l'alcalinisation ont transformé le pronostic des intoxications les plus graves.

A ce personnel spécialisé en réanimation médicale doit s'adjoindre un ou plusieurs psychiatres. C'est ainsi que, outre le psychiatre permanent, il y a toujours eu, depuis la création de ce service, un interne à orientation neuro-psychiatrique. Ce dernier assurant d'ailleurs aussi bien les soins somatiques que psychologiques, aptitude d'autant plus intéressante qu'elle permet d'entamer très vite la relation psychothérapique, dès le réveil, cette « psychothérapie du réveil » étant couramment appliquée en psychiatrie, comme on le sait (cures de Sakel, Narco-analyse). D'une manière générale, plus la dualité apparente somatique-psychologique s'estompe, mieux cela vaut.

Le rôle de l'assistante sociale, capital, est encore insuffisamment exploité, quand on le compare aux nombres et aux activités des « social workers » anglo-saxons. Ce serait pourtant le seul moyen de prolonger l'étude du milieu familial du suicidant.

Enfin, l'exemple parisien du service du Pr. Gaultier a montré tout l'intérêt d'une psychologue et des tests psychométriques.

— En matériel ensuite : il s'agit tout simplement du matériel de réanimation, allant des prothèses respiratoires les plus simples (Ambu) jusqu'à l'appareil d'Engström ; l'intérêt d'une « pace-maker » pour les intoxications digitaliques est certain.

Bien entendu, les examens biologiques, y compris le dosage des gaz du sang, doivent pouvoir être assurés en permanence.

Un appareil à E.E.G. s'avère également indispensable.

Quant à l'appareillage d'épuration extra-rénale, la rareté de son utilisation ne l'impose pas dans un Centre de Pathologie Toxique.

A titre indicatif, voici quelques données intéressant ces questions hospitalières :

— La durée du séjour des intoxiqués est, en général, très brève, de l'ordre de 2 à 3 jours en moyenne.

— La destinée des malades fut la suivante : sortie dans 619 cas (136 hommes, 483 femmes) avec, pour la moitié d'entre eux institution d'un traitement médicamenteux et reprise en charge par le médecin traitant. Transfert à la Clinique Neuro-Psychiatrique dans 154 cas (35 hommes, 119 femmes), dans les services libres de l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier (45), cliniques privées (98) ; une procédure d'internement ne fut appliquée que 57 fois (32 hommes, 25 femmes).

L'hospitalisation, malgré sa brièveté, permet donc un traitement rationnel des tentatives de suicide.

De là à affirmer que le service répond entièrement à la totalité de la demande, il y a un pas que nous n'oserions faire, car un trop grand nombre de sujets sortent du service avant qu'une analyse un peu approfondie de leur situation ait pu être effectuée, même après avoir bénéficié du « tri » psychiatrique systématique. Certains reviennent d'ailleurs spontanément dans le service, à l'occasion de nouvelles difficultés ou lorsqu'ils sont à nouveau hantés par des idées suicidaires.

D'autre part, sur un simple plan de recherche, nous avons vu tout l'intérêt porté actuellement sur « les résultats » de la T.S., étude qui ne peut valablement se faire sans que les sujets soient suivis pendant un temps suffisamment long. Il est difficile de se fonder sur les effets immédiats, parfois spectaculaires, certes (détente, qui permet un bon contact psychothérapique, solution apparente du conflit, etc.), trop souvent démentis par la suite des événements, comme l'on peut s'en rendre compte au hasard des nouvelles hospitalisations, soit dans un service de psychiatrie, soit au Centre de Pathologie Toxique, pour une récurrence. La collaboration étroite du Centre avec la Clinique Neuro-Psychiatrique doit permettre de pallier à cette

carence, de même que l'organisation de consultations de malades sortis, destinées à entretenir la relation thérapeutique et à utiliser les possibilités offertes par le geste suicidaire dont on a l'impression que parfois il constitue pour le sujet une manière d'aborder le médecin, sans avoir à suivre la démarche habituelle redoutée par amour-propre.

Mais il faut voir encore plus loin. En effet, un peu partout dans le monde, se créent des centres de prévention du suicide, d'initiative privée ou publique. L'expérience du « suicide prevention Center », de Los Angelès, dirigé par Farberow et Shneidman, nous paraît la plus élaborée. Leur équipe, installée à l'Hôpital Général de Los Angelès, d'une part oriente ou prend en charge chaque jour les suicidants qui lui sont confiés, d'autre part assure pendant la journée une permanence psychothérapique d'urgence par téléphone. De tels Centres existent à Boston, Vienne, Londres, Berlin. Mais, comme le souligne Dublin, tels qu'ils sont actuellement organisés, ils ne peuvent affronter le problème quantitatif de la tentative de suicide dans les grandes villes. Et cet auteur suggère l'utilisation des Centres de Poisons, au nombre de 470 en 1962 sur le territoire des Etats-Unis, la majorité étant mixtes (information et thérapeutique) et permettant l'hospitalisation **des suicidants**.

Une expérience récente de l'équipe de Los Angelès nous a paru particulièrement caractéristique de l'état d'esprit dans lequel elle travaille et de sa parfaite intégration hospitalière et médico-légale. Cette expérience porte sur le problème médico-légal de la classification des décès en mort naturelle, homicide, suicide, en partant du fait que les sujets peuvent fortement contribuer à leur propre mort, par des modalités non habituellement considérées comme suicidaires. Les auteurs font ainsi l'analyse de 100 « equivoqual suicides » ; grâce à l'enquête menée conjointement par les psychiatres, psychologues, le biologiste médico-légal, le coroner, ils ont pu rectifier 19 fois le certificat de décès original (11 fois dans le sens accident-suicide, 8 fois dans le sens inverse).

Il est remarquable que, parmi ces 100 cas, 55 concernaient des ingestions de barbituriques. Ils relevèrent également que la plupart des suicidés avaient vu un médecin dans les six derniers mois de leur vie. Ce travail fut rendu possible par la confrontation du rapport de police, des données de l'autopsie,

de l'interrogatoire de l'entourage du défunt (amis, employeurs, médecins traitants, famille, etc.), par les psychiatres. L'équipe se réunit chez le coroner et discute de cette véritable « autopsie psychologique ».

Une telle approche est très difficile mais pourtant extrêmement utile sur le plan médico-légal. Mieux encore, ces auteurs ont constaté que les interviews avec l'entourage réduisaient toujours sa culpabilité et lui faisaient mieux accepter la mort de la victime. Ces interviews, à l'origine purement d'information, eurent ainsi un rôle thérapeutique.

Il nous semble ainsi que l'intérêt d'un centre spécialisé dans la tentative de suicide est primordial, de par le nombre et l'importance des services rendus à la Cité, et s'intègre parfaitement dans la discipline médico-légale.

Nous avons conscience, au terme de ce travail, d'avoir accumulé beaucoup de chiffres au détriment d'une étude détaillée de quelques observations privilégiées. Nous pensons en effet que les deux méthodes se complètent, en apportant des éléments différents. L'analyse statistique, comme nous l'avons vu, n'est vraiment fructueuse que moyennant une série de précautions et de réserves qui en limitent la portée tout en indiquant les voies à prospecter. L'analyse individuelle des observations permet seule une étude nuancée et approfondie du comportement toujours complexe du suicidant. Elle seule autorise une approche phénoménologique de certains faits psychopathologiques qui ne se laissent pas classer et mesurer. Mais elle nécessite, outre une enquête approfondie sur la biographie, les conditions de vie, les circonstances de la T.S., des interviews répétés avec le suicidant et qui requièrent une formation psychothérapeutique solide. D'où l'intérêt d'une consultation spécialisée, qui seule peut permettre une telle étude.

Il fallait cependant, au préalable, fixer les conditions optima d'observation du phénomène à la lumière des premiers résultats obtenus par la création d'un Centre de Pathologie Toxique et commencer de démembrer un comportement en le reprenant à la base, c'est-à-dire tel qu'il se présente au médecin, spécialiste ou non, avec ses problèmes thérapeutiques spécifiques.

Enfin, ce témoignage sur l'intoxication aiguë volontaire, modalité élective de la tentative de suicide, envisagée à une époque donnée, dans une grande ville européenne, pourra peut-être inspirer, dans une époque plus ou moins lointaine, d'utiles comparaisons sur un comportement suicidaire qui possède, outre sa dynamique individuelle propre, une dynamique sociale variable selon le temps et le lieu.

CONCLUSIONS

L'intoxication aiguë volontaire représente un phénomène médical et social dont l'ampleur est actuellement soulignée dans de nombreux pays.

La quasi-totalité des cas correspond à des tentatives de suicide, ce terme devant être pris au sens large, à la lumière des données psycho-pathologiques modernes.

Il nous a semblé que l'étude clinique, sociologique et psychologique du suicide en général pouvait bénéficier de tels travaux d'approche qui, basés non plus sur des considérations philosophiques ou morales, mais sur une enquête sur le terrain, sont relativement rares et de date assez récente.

D'une série continue de 1.000 intoxiqués volontaires observés en 27 mois dans le Centre de Pathologie Toxique de l'Hôpital Edouard-Herriot (Pr. Roche) et dont une partie furent ensuite suivis à la Clinique Neuro-Psychiatrique (Pr. Dechaume), il ressort les quelques aspects suivants :

1° *Sur le plan toxicologique*, nette prédominance des intoxications par ingestion (84 %) sur les intoxications par inhalation de gaz (16 %, dont 5 % associés à l'ingestion d'un produit).

D'autre part, le groupe des psychotropes est de loin le plus important (89 %) avec, au premier rang, les hypnotiques barbituriques (75 % des psychotropes).

Les méthodes actuelles de réanimation ont transformé le pronostic de telles intoxications, la mortalité n'étant que de 2,3 %.

2° *Sur le plan sociologique*, une étude statistique des sexes, de l'âge, de l'état civil des intoxiqués, fait ressortir quelques données significatives (2,7 femmes pour 1 homme, fréquence plus élevée de 15 à 25 ans chez la femme, de 25 à 29 ans

chez l'homme entre autres). Parmi les facteurs familiaux et sociaux, émerge chez les jeunes sujets la carence parentale surtout paternelle.

3° *Sur le plan psychiatrique et psychologique* : l'utilisation des cadres classiques de la nosologie psychiatrique montre l'appartenance à ceux-ci de 4/5 des hommes et 2/3 des femmes, la différence relevant surtout de l'alcoolisme. Il semble, par ailleurs, que la ou les récidives (y compris les moyens autres que l'intoxication) observées dans presque un quart des cas surviennent plus fréquemment chez les sujets ayant un terrain psychiatrique.

L'étude conjointe des facteurs déclenchants, de la probabilité de découverte, du contexte familial, des données de l'entretien, permet d'aller plus avant dans la compréhension du phénomène suicidaire, par la mise en évidence, à côté des fonctions auto-agressives, hétéro-agressives et de repos, d'autres fonctions à signification sociale.

4° Les intoxications aiguës volontaires posent relativement peu de problèmes *sur le plan médico-légal* à proprement parler. Cependant :

— la disparition avec le « Suicide Act » en 1961, en Angleterre, de la dernière législation européenne, considérant suicide et tentative de suicide comme un crime, a marqué une étape importante. A noter la conservation de la notion de complicité dans de nombreux codes pénaux européens ;

— les problèmes posés par les autres législations (assurances individuelles, accidents du travail, etc.) sont parfois délicats et mettent souvent en jeu le Secret Professionnel ;

— une plus stricte observation de la législation sur la prescription des produits des tableaux A et C serait nécessaire, encore qu'elle ne dispensât pas le médecin d'acquérir une meilleure information concernant l'aspect psychologique et préventif du suicide.

5° *Le traitement de la tentative de suicide à l'hôpital général*, nettement déterminé numériquement par les intoxications, nécessite un certain nombre d'aménagements afin que, d'une

part, soient assurés traitements somatique et psychiatrique, d'autre part, soit possible une exploitation rationnelle, statistiquement utilisable d'un tel phénomène. Les Centres de Poisons semblent particulièrement bien placés pour répondre à un tel besoin.

Vu :

Le Doyen,
J. F. CIER.

Vu :

Le Président de la Thèse,
R. DECHAUME.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 25 Mai 1964.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie sur le suicide est considérable. Nous nous sommes limités aux publications concernant la tentative en général et les questions toxicologiques, médico-légales et d'aménagement hospitalier. Des bibliographies assez complètes sur le suicide dans son ensemble se trouvent dans les ouvrages de Deshaies, Farberow et Shneidman, et P.-B. Schneider, ci-dessous répertoriés.

A signaler également l'ouvrage entièrement bibliographique de Rost (1927).

- BATCHELOR I.R.C. et NAPIER M.-B. — Broken homes and attempted suicide. *Brit. J. delinq.*, 4, 99, 108, 1954.
- BATCHELOR I.R.C. — Attempted suicide. *Brit. Med. J.*, 1, 595, 587, 1955.
- BERNOCCHI F. — Simulation de suicide et fugue d'un adolescent. *Rev. Med. Leg. législ. sanit.*, 3, 2, 169, 180, 1961.
- BOUR H. — Aspects cliniques du coma oxycarboné. *Revue Lyon Méd.*, 11, 5, 445-449, 1962.
- BOURRAT L. — Centre de pathologie toxique et service d'urgence. Incidences neuro-psychiatriques. *Rev. Lyon. Méd.*, 11, 5, 379-382, 1962.
- BRUHN J.-G. — Broken homes among attempted suicide and psychiatric out patients : a comparative study. *Journ. of. Ment. Sc.*, 104, 457, 1962.
- CANDIOTTI C., DÉROBERT L., MOINE M. et MOINE C. — Considérations statistiques sur le suicide en France et à l'étranger ; ses répercussions sociales. *Ann. Méd. Leg.*, 28, 1, 53, 1948.
- CHAIN P. — Les applications cliniques du dosage des barbituriques au cours des intoxications aiguës. *Thèse Paris*, 1963.
- CHAPUY F. — Etude de 300 intoxications oxycarbonées aiguës observées au Centre de pathologie toxique de Lyon. *Thèse Lyon*, 1963.
- CLEMMESSEN C. — Treatment of narcotic intoxication. *Dan. Med. Bul.*, 10, 4, 97-99, 1963.
- Code Pénal DALLOZ, 1963.

Code Civil DALLOZ, 1964.

COLIN M., VAUTERIN C., MICHAUD J.-L. — La tentative de suicide. *Rev. Lyon. Méd.*, 11, 5, 365-375, 1962.

CREMIEUX A., PACHE D., ALBARANES R. — Conduite à tenir dans les menaces verbales de suicide. *Arch. Méd. Gén. Trop.*, 4, 209-214, 1963.

DAHLGREN K.-G. — On suicide and attempted suicide. Lund, Suède, Lindstedts, 1945.

DECHAUME J. — Le Centre de pathologie toxique, antenne avancée de neuro-psychiatrie. *Rev. Lyon. Méd.*, 11, 5, 377-378, 1962.

DELORE P. et POMMATAU E. — Etude sur les facteurs écologiques du suicide. *Rev. Lyon. Méd.*, 6, 849-860, 1957.

DESHAIES G. — Psychologie du suicide. P.U.F., 1947.

DEUX L. — Considérations sur les conduites suicidaires de 239 adolescents traités au Service des poisons (Pr Roche). *Thèse Lyon*, 1963.

DUBLIN L.-I. — Suicide. A sociological and statistical study. *The Ronald Press Company*, New York, 1963.

EHLERS H. — Poisoning with psychopharmaca and barbiturate-free hypnotics. *Dan. Med. Bul.*, 10, 4, 117-122, 1963.

ETTLINGER R.-W., FLORDH P. — Attempted suicide : experience of five hundred cases at a general hospital. *Acta Psych. Neur. Scand. Suppl.* 102, 1-45.

EY H. — Le suicide pathologique, in *Etudes Psychiatriques* (340-377). Desclee de Brouwer, 1950.

FARBEROW N.-L. et SHNEIDMAN E.-S. — *The cry for Help*, Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1961.

FARBEROW N.-L. et SHNEIDMAN E.-S. — Attempted, threatened and completed suicide. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 50, 230, 1955.

GAULTIER M., FOURNIER E., GORCEIX A. — A propos de 47 cas de tentatives de suicides chez les adolescents. *Hygiène mentale*, 6, 363-369, 1961.

GAULTIER M., FOURNIER E., GERVAIS P. — Comas dus aux dépresssurs non barbituriques du système nerveux central (aspects cliniques et thérapeutiques). *Rev. Lyon. Méd.*, 11, 5, 411-416, 1962.

GAULTIER M., FOURNIER E., GORCEIX A., ZIMBACCA N. — Etude clinique et statistique d'un groupe de mineurs suicidants. *Sem. hosp. Paris*, 39, 50, 2375-2384, 1963.

GERAUD J., ANDRIEU G., MORON P., BES A. — Problèmes psychopathologiques posés par les tentatives de suicide traitées en milieu hospitalier. Comm. à la Sté Neur. et Psych. de Toulouse, séance du 17-11-1963.

- GORCEIX A. — Le suicide, l'adolescence et le poison. *Sem. Hôp. Paris*, 39, 50, 2371-2374, 1963.
- HARRINGTON J.-A., CROSS K.-W. — Cases of attempted suicide admitted to a general hospital. *Brit. Med. J.*, 19-9-59, 463-467.
- HENDIN H. — Attempted suicide a psychiatric and statistical study. *Psych. Quart.*, 24, 39-46, 1950.
- HIRSCH J., ZANDER H.-L., DROLETTE B.-M. — Tentatives de suicide par ingestion de produits. *Arch. of. Environ. Health.*, 3, 2, 212-216, 1961.
- HOPKINS F. — Attempted suicide ; an investigation. *J. Ment. Sci.*, 93, 194, 1937.
- HOVE H. — Reddede Selvmordspatienters skaebne ; an efterundersogelse af 500 patienter. *Ugeskr. Laeg.*, 115, 645-646, 1953.
- ICHOK G. — Rôle des toxiques dans le suicide. *Biol. Méd. Paris* 25, 79-92, 1935.
- JACOBSEN P. — Causes of death in narcotic intoxication in récent years. *Dan. Med. Bul.*, 10, 4, 115-117, 1963.
- JORGENSEN G. et ERLING T. — Substances used with suicidal intent. *Dan. Med. Bul.*, 10, 4, 114-115, 1963.
- JUSTIN-BESANÇON L., PEQUIGNOT H. DE PAILLERETS F. — Les tentatives de suicide. *Sem. Hôp. Paris*, 8 mars 1961, 846-853.
- KAPHAN M., LITMAN R.-E. — Telephone apraisal of 100 suicides emergencies. *Americ. J. Psychothérapie*, 16, 591-599, 1962.
- KLOPPER. — The Jungian point of view about suicide, in « the cry for help », by Farberow et Shneidman, pp. 193-203.
- LAGACHE D. — Fugue et fuite de soi-même. *Evolution Psychiatrique*, 4, 1-16, 1947.
- LEWIN B.-D. — The psycho-analysis of elation, New York ; W.W. Norton and Company Inc., 1950.
- LAUNAY C. et COL C. — Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Rev. Prat.*, 14, 6, 619-626, 1964.
- LENDRUM F.-C. — A Thousand cases of attempted suicide. *Amer. J. Psychiat.*, 13, 479-500, 1933.
- LEREBoullet J. et POISSON M. — La fréquence actuelle des tentatives de suicide : les problèmes qu'elle pose en pratique hospitalière. *Comm. à la Sté Méd. Hôp. Paris* (3-5-63).
- LITMAN R.-E., SHNEIDMAN E.-S., FARBEROW N.-L. — Suicide Prévention Center. *Americ J. Psychiat.*, 117, 1084-1087, 1961.

- LITMAN R.-E., CURPHEY T., SHNEIDMAN E.-S., FARBEROW N.-L., TABACHNICK N. — Investigations of Equivocal suicides. *J.A. M.A.*, 184, 12, 924-929, 1963.
- LOISELLE E. — La tentative de suicide (à propos de 111 observations recueillies en deux ans dans le service de Médecine Générale d'un hôpital de deuxième catégorie). *Thèse Paris*, 1963, n° 115.
- MACHU M. — A propos de 22 cas de tentatives de suicide chez le jeune. *Thèse Lettres Grenoble*, 1963.
- MAIGNE. — Le suicide barbiturique et les empoisonnements barbituriques. *Ann. Med. Leg.*, 19, 490-492, 1939.
- MEILLET H. — La responsabilité des établissements psychiatriques en cas de suicide d'un malade hospitalisé. *Conc. Méd.*, 85, 31-32, 4539-4601, 1963.
- MENNINGER K. — Man against Himself, Harcourt Braze Co, New York, 1938.
- MICHON P., LARCAN A., HURIET C., VICARI F. — Les intoxications aiguës par la Chlorpromazine. *Revue Lyon. Méd.*, 11, 5, 423-433, 1962.
- MOLINIE J. — Suicide dans le cadre de la législation des accidents du travail. *Thèse Lyon*, 1959.
- ŒCONOMO M. — Comportement suicidaire et problème de la tentative de suicide. *Rev. de science crim. et de droit pénal comparé*, 14, 4, 805-828, 1959.
- PAERREGAARD G. — Is attempted suicide more common in Denmark than elsewhere. *Dan. Med. Bul.*, 10, 4, 139-141, 1963.
- PEQUIGNOT H. et BERTIN M. — Données numériques sur les suicides et tentatives de suicide en France. *Sem. Méd.*, 37, 6, 167-172, 1961.
- RATEAU M. — Le suicide et sa réglementation pénale. *Rev. Int. de Criminologie et de Police technique*, 16, 4, 268-279, 1962.
- RAVOAVISON C. — Le service d'urgence et le Centre de pathologie toxique de Lyon pendant un an. *Thèse Lyon*, 1963, n° 189.
- RINGEL E. — Der selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung Eine Untersuchung an 745 geretteten selbstmörderd. Maudrich, Vienne 1953.
- ROBINS E., SCHMIDT E.-H., ONEAL P. — Some interrelations of social factors and clinical diagnosis in attempted suicide : a study of 109 patients. *Amer. J. Psychiat.*, 114, 221-231, 1957.

- ROCHE L., MICHAUD J.-L., VAUTERIN C. — Activité du Centre Poisons de Lyon. *Rev. Lyon. Méd.*, 11, 5, 353-364, 1962.
- ROCHE L. — Centre pathologie toxique lyonnais. *Lyon Médical*, 26, 5-8, 1962.
- SCHACHTER H. — Examen critique et contribution à l'étude du suicide, des tentatives de suicide et des états suicidaires, points de vue psycho-pathologiques et psycho-diagnostiques. *J. Méd. Lyon*, 40, 940, 211-225, 1959.
- SCHERRER P., LECLERC J., LE BAS A., LATOUCHE M. — Note sur un mode peu connu de suicide : le suicide par ingestion massive d'alcool. *Ann. Méd. Psych.*, 1, 179-182, 1948.
- SCHNEIDER P.-B. — La tentative de suicide : étude statistique, clinique, psychologique et catamnétique. Delachaux et Niestlé, 1954.
- SHNEIDMAN E.-S. et FARBEROW N.-L. — Clues to suicide. Mc Graw Hill, New York, 1957.
- SIEWERS A.-B., DAVIDOFF E. — Attempted suicide : a survey of 150 patients admitted to two general hospitals. *J. nerv. ment. Dis.*, 95, 427-442, 1942.
- STENGEL E. — The social effects of attempted suicide. *Canada M. Ass. J.*, 74, 116-120, 1956.
- STENGEL E. — Old and new trends in suicide research. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 283-286, 1960.
- STENGEL E. — Some unexplored Aspects of Suicide and attempted suicide. *J. Comp. Psychiat.*, 1, 77-80, 1960.
- STENGEL E. et Nancy G. Cook. — Attempted suicide. Its social significance and effects. Mandsley Monographs Oxford University Press. London, 1961.
- STENGEL E. — Recent research into suicide and attempted suicide. *Amer. J. Psychiat.*, 118, 8, 725-727, 1962.
- STENGEL E. — Attempted suicide. Its management in the general hospital. *The Lancet*, 1 : 7275, 233-235, 1963.
- VAN DER MADE. — Une page de l'histoire du droit criminel : la répression du suicide. *Rev. Droit Pénal et Criminologie*, octobre 1948, n° 1, 22-51.
- VAUTERIN C. — Conduites suicidaires et criminologie. Etudes de criminologie clinique, Masson, 1963, 155-191.
- VINCENT V. — Service d'information des Centres poisons. *Thèse Lyon*, 1963.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Aspect Toxicologique	5
I. Description statistique des modes d'Intoxication ..	5
II. Etude clinique	12
III. La Mortalité des Intoxications aiguës volontaires ...	30
CHAPITRE II. — Aspects Sociologiques	37
I. Facteurs individuels	39
— Le sexe	42
— L'âge	44
— La profession	47
— La situation matrimoniale	48
II. Facteurs familiaux et sociaux	50
III. Données sociologiques et choix du toxique	56
CHAPITRE III. — Aspects Psychiatriques et Psychologiques ..	61
I. Aspects psychiatriques proprement dits	63
— Antécédents psychiatriques familiaux	63
— Antécédents psychiatriques personnels	65
— Le diagnostic psychiatrique	70
— Récidives	73
— Tentatives de suicide « élargies »	75

II. Circonstances et signification de la T.S.	76
— Facteurs déclenchants, mobiles	76
— Horaire	78
— Probabilité de la découverte	78
— Les formes de la tentative de suicide	79
— Les fonctions de la tentative de suicide	80
— Incidences sur le mode d'intoxication	94
CHAPITRE IV. — Aspect Médico-Légal. Perspectives Crimino- logiques	97
I. La réglementation pénale du suicide	97
— Le suicide dans l'ancien droit français	97
— Le suicide dans la législation pénale actuelle ...	99
— Le Code Pénal français	99
— Codes Pénaux étrangers	101
II. Autres problèmes médico-légaux	105
— Suicide et Assurances individuelles	105
— Suicide sur les lieux du travail	106
— Suicides de malades hospitalisés	107
— Suicide et législation des « substances véné- neuses »	108
CHAPITRE V. — L'intoxication aiguë volontaire à l'Hôpital ...	111
CONCLUSIONS	119
BIBLIOGRAPHIE	123

